Katamnestische Untersuchungen nach Selbstmordversuchen in den Jahren 1957-1961

Wulf Reissinger

Berlijn 1965

AUS DER I. MEDIZINISCHEN KLINIK DER FREIEN UNIVERSITÄT
BERLIN IM STÄDTISCHEN KRANKENHAUS WESTEND

Direktor: Professor Dr. med., Dr. sc. h. c., Dr. med. vet. h. c., Dr. med. h. c.
Hans Freiherr von Kreß

Katamnestische Untersuchungen nach Selbstmordversuchen in den Jahren 1957-1961

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an der
Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

Wulf Reissinger

aus Berlin

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Berlin 1965

A. Schubert, München 5, Cornelliusstraße 21 · Telefon 221777

Dekan:	Prof. Dr. A. LOESCHKE
Referent:	Prof. Dr. G. NEUHAUS
Korreferent:	Prof. Dr. W. KRAULAND

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 29. März 1965

INHALTSVERZEICHNIS

A. EINLEITUNG

B. LITERATURÜBERSICHT
   a. Literatur über Selbstmord
   b. Literatur über Selbstmordversuch
   c. Literatur über Katamnesen bei Selbstmordversuchen

C. BESCHREIBUNG DES UNTERSUCHTEN PATIENTENKREISES, SCHILDERUNG UNSERER UNTERSUCHUNGSMETHODEN, SOWIE ALLGEMEINE ANGABEN ÜBER DEN CHARAKTER DER KLINIK
   a. Angaben zur Klinik
   b. Überblick über das Krankengut
   c. Schilderung unserer Untersuchungsmethode

D. BESCHREIBUNG DES UNTERSUCHTEN PATIENTENKREISES IM EINZELNEN
   a. Alter
   b. Geschlecht
   c. Personenstand
   d. Suicidmotive
   e. vorhergehende Suicidversuche
   f. Soziale Anamnese
   g. Alkohol bei Suicidversuchen
   h. Art des Suicidversuches
   i. Gesundheitlicher Zustand der Patienten

E. ERGEBNISSE DER NACHUNTERSUCHUNG
   a. Toxische Restschäden
   b. ambulante Behandlung im Zeitraum der Nachuntersuchung
   c. erneute klinische Behandlung im Zeitraum der Nachuntersuchung
   d. berufliche Veränderungen nach dem Suicidversuch
   e. Veränderungen des Wohnsitzes nach dem Suicidversuch
   f. Veränderungen des Personenstandes nach dem Suicidversuch

g. Todesfälle im Zeitraum der Nachuntersuchung
   1. nicht suicidale Todesfälle
   2. suicidale Todesfälle
h. Einzeldarstellungen verschiedener katamnestisch erfasster Patienten

F. ZUSAMMENFASSUNG

G. LITERATURVERZEICHNIS

A. EINLEITUNG

Berlin ist immer noch die Stadt im westlichen Europa, die die höchste Selbstmordziffer aufweist. Im Jahre 1962 geschahen hier 815 Selbstmorde und 1470 registrierte Selbstmordversuche. Da die letzte Zahl nur die Anzahl der Selbstmordversuche enthält, die der Polizei bekanntgeworden sind, ist ausserdem noch mit einer Dunkelziffer von mindestens 20 % zu rechnen.

Inwieweit diese erschreckenden Zahlen die besondere Situation Berlins -insbesondere nach den Ereignissen um den 13. August 1961- wiedergeben, soll nicht Gegenstand dieser Untersuchung sein. Auch in anderen Ländern Westeuropas konnte in den letzten Jahrzehnten eine eindeutige Zunahme von Selbstmord und Selbstmordversuchen festgestellt werden.

Vielmehr soll es Zweck dieser Arbeit sein, das zur Verfügung stehende Patientengut an Selbstmordversuchen, das uns gerade durch die isolierte Lage Berlins relativ übersichtlich erschien, nach klinischen und statistischen Gesichtspunkten näher zu untersuchen und auch durch katamnestische Beobachtung der gleichen Patienten das weitere Schicksal dieser Menschen zu betrachten.

B. LITERATURÜBERSICHT

a. Die Problematik des Selbstmordes ist innerhalb der letzten Jahrzehnte Gegenstand zahlreicher Untersuchungen gewesen. Abgesehen von zwei Bibliographien über den Selbstmord, eine vollständige von ROST (1927) und eine kritisch ausgewählte von DE BOOR (1949), sind es vor allem die Arbeiten von DURKHEIM (1897), GAUPP (1910), FÜLLKRUG (1919), WEICHBRODT (1937), MENNINGER (1939) und GRUHLE (1940), die im wesentlichen die Betonung auf vergleichende statistische und soziologische Momente sowie auf eine tiefgehende Erfassung des gesamten Selbstmordproblems legen. Während die Arbeiten DURKHEIMs und FÜLLKRUGs alte internationale Statistiken auswerten, untersuchte GAUPP bereits 1910 Selbstmordversuche in 124 Fällen. GRUHLE (1940) gibt ebenfalls in einer umfassenden Arbeit einen kritischen Überblick über den Selbstmord und die ihn fördernden oder hemmenden Faktoren. Durch zahlreiche graphische Darstellungen gewinnt seine Arbeit einen äusserst übersichtlichen Charakter. WEICHBRODT (1937) dagegen betont mehr den dichterischen, psychologischen und geschichtlichen Aspekt. MENNINGER (1939) spricht in seinem Buch "Man against himself" von den drei Elementen des Selbstmordes, dem Wunsch zu töten, getötet zu werden und dem Wunsch zu sterben. Zudem beschreibt er alle die Verhaltensweisen, die als Ausdruck von Selbstvernichtung oder Selbstbeschädigungstendenz gewertet werden können. Er prägte dabei den Satz: "man tötet sich nicht, um nicht mehr zu leben, sondern um anders (besser) zu leben".

b. Während sich die hier aufgeführten Arbeiten vor allem mit dem Selbstmord befassen -dieser wird nur graduell vom Selbstmordversuch unterschieden- wurde erst in den letzten 30 Jahren dem Selbstmordversuch erhöhte Bedeutung beigemessen. Insbesondere sind es die Arbeiten von STENGEL (1952, 1956, 1958 und 1961), der den Selbstmordversuch als etwas besonderes ansieht, wenn er von der Appellfunktion des Selbstmordversuches spricht und ihn somit eindeutig von der eigentlichen Selbstmordhandlung abgrenzt.

Im folgenden soll ein Überblick gegeben werden über Arbeiten, die sich mit dem Selbstmordversuch beschäftigen.
STELZNER (1906), die in der Zeit von 1892-1905 200 Frauen an der psychiat-

rischen Klinik der Charité in Berlin behandelte, führte in einem Zeitraum von einem Jahr eine Nachuntersuchung dieser Patienten durch, wobei der weitere Verlauf des psychiatrischen Grundleidens beobachtet werden sollte. BROCKHAUS (1922) untersuchte 200 Fälle versuchten Selbstmordes, die er nach seinen diagnostischen Gesichtspunkten zur Hälfte in psychopathische Patienten, zur anderen Hälfte in echte Geisteskrankheiten einteilte. Er schlägt ausserdem innerhalb der Gruppe der Psychopathen, eine Einteilung des Selbstmordversuches in eine Primitivreaktion, eine Fluchthandlung und in eine demonstrativ-theatralische Gebärde vor. JASPERSEN (1927) stellte unter seinen Patienten ein deutliches Überwiegen der Psychopathen fest, von denen die Hälfte im Alter von 15-25 Jahren stand. OPPLER (1927) untersuchte die Frage des Anstiegs von Selbstmordversuchen seit dem I. Weltkrieg, der seiner Meinung nach auf die Zunahme der psychopathischen Verhaltensformen zurückzuführen sei. Das Patientengut an Selbstmorden und Selbstmordversuchen -3000 Fälle sämtlicher Berliner Rettungsstellen aus den Jahren 1923-1927- untersuchte DONALIES (1928). Er gibt einen Überblick über Alter und Geschlecht dieser Patienten, unterscheidet jedoch nicht streng zwischen Selbstmord und Selbstmordversuch. Ebenfalls aus dieser Zeit stammt eine Untersuchung von HIRSCHFELDT (1932). Der Autor gibt eine Analyse von 1114 Fällen, die in den Jahren 1919-1929 behandelt wurden. 12 % dieser Patienten verstarben während des Klinikaufenthaltes. LENDRUM (1933) führt eine Analyse von 1000 Selbstmordversuchen durch, die 1927-1933 behandelt wurden. 23 % dieser Patienten wurden mit einer psychiatrischen Diagnose eingeliefert, aber nur in 1,9 % der Fälle konnte die psychiatrische Diagnose bestätigt werden. Die Arbeit von K. SCHNIEDER (1933) zeigt ein deutliches Überwiegen des Selbstmordversuchs bei nichtpsychotischen Patienten. Er gibt hier ein Verhältnis nichtpsychotischer zu psychotischen Patienten von 8 : 1 an und betont ausserdem die Schwierigkeiten, die bei der Suche nach den Motiven bestehen. HOPKINS (1936) zeigt bei seinen 656 wegen Selbstmordversuch behandelten Patienten als einer der wenigen Autoren ein Überwiegen der Männer. MOORE (1937) untersuchte alle Selbstmordversuche eines Bostoner Hospitals, insgesamt 1147 Fälle. Als eine der bedeutendsten Arbeiten gilt die von DAHLGREN (1945), der seine Untersuchungen in Malmö/Schweden durchführte und als einer der wenigen seine Ergebnisse einer kritischen statistischen Analyse unterzog.

HENDIN (1950) führt in 100 Fällen von Selbstmordversuchen eine persönliche Exploration seiner Patienten durch. Er teilt hierbei den Grad des Selbstmordversuchs nach dem Grad der Depression ein. JANTZ (1951) untersucht die Frage des Selbstmordversuchs bei Schizophrenen. Aus dem psychosomatischen Institut Heidelberg stammen einige Angaben von PLÜGGE (1952) unter dem Titel "Über suicidale Kranke". 50 Patienten, die in den Jahren

1949-1950 behandelt wurden, werden näher dargestellt. Fast alle Patient standen in materiell guten Verhältnissen, auch waren Schwerkranke, unhe bar Kranke sowie chronisch Kranke auffällig wenig unter dieser Patienten- gruppe anzutreffen. BATCHELOR (1954) untersucht die Zusammenhänge z schen Selbstmordversuch und Alkoholismus sowie die sich daraus ergeben- den sozialen Fragen. Eine weitere ausführliche Arbeit existiert von P.B. SCHNEIDER (1954), der die Suicidversuche, die an der medizinischen, chirurgischen und psychiatrischen Klinik Lausanne in den Jahren 1933-194 behandelt wurden, analysiert, sowie vergleichende Untersuchungen mit d diesbezüglichen Ergebnissen der psychiatrischen Polikliniken der Universit ten Basel und Lausanne anstellt. Er führt ausserdem statistische Korrelatio berechnungen zur Bevölkerung durch und gibt noch ein ausführliches bibli graphisches Verzeichnis an. LAUBENTHAL (1955) gibt in seinen Untersu- chungen an Patienten mit suicidalen Tablettenvergiftungen ein Überwiege der Patienten mit normaler oder psychopathischer Variationsbreite von 82 an, während die eigentlichen Psychosen nur 18 % der Suicidversuche aus- machen. Weitere Beachtung verdient auch noch die Arbeit von RINGEL un HOFF (1956). Die Autoren geben eine genaue Analyse ihres an der psychi rischen Universitätsklinik Wien behandelten Patientenkreises. 1954 waren es hierbei 882 Patienten, die eines Selbstmordversuches wegen klinisch be handelt wurden.

c. Während sich sämtliche oben besprochenen Arbeiten mit Selbstmord oder Selbstmordversuch beschäftigen, sei noch anschliessend ein Überblick übe die Arbeiten gegeben, bei denen insbesondere die katamnestische Unter- suchung des Selbstmordversuches betont wird. Die Ergebnisse seien im ein zelnen in einer Tabelle zusammengestellt (s. S.9). Nach DAHLGREN (19 dessen Katamnese sich über 2-7 Jahre erstreckte, haben sich von 273 Sui- cidanten innerhalb dieser Zeit 9 Männer und 5 Frauen das Leben genomm STENGEL (1952) stellte bei 138 nachuntersuchten Patienten die vorher an einer psychiatrischen Abteilung behandelt wurden, nach 4 Jahren nur ein tödliches Recidiv fest. HOVE (1953) hatte unter 500 Selbstmordversuchen 24 tödliche Recidive. RINGEL (1953) gibt an, dass von 2879 registrierten Selbstmordversuchen innerhalb 1-3 Jahren nur ein tödliches Recidiv zu ver zeichnen war. BATCHELOR und NAPIER (1954) geben innerhalb einer Beob achtungszeit von 1-3 Jahren unter 200 Patienten 4 Selbstmorde an. SCHM O'NEAL und ROBINS (1954) konnten in 2 Fällen von 109 Patienten ein töd- liches Suicidrecidiv feststellen. P.B. SCHNEIDER (1954) gibt nach einer Be obachtungszeit von 10 Jahren 37 tödliche Recidive, nach 18 Jahren sogar 43 tödliche Selbstmordversuche an, von insgesamt 372 Patienten. STENGE und COOK (1954) geben von 72 behandelten Patienten innerhalb von 3 Jah

ren 2 tödlich verlaufene Selbstmordversuche an.
ETTLINGER und FLORDH (1955) berichten von 500 Patienten mit suicidaler Intoxikation. Innerhalb von 1-2 Jahren begingen 18 von ihnen einen weiteren, diesmal tödlichen Selbstmordversuch. VÖLKER (1959) berichtet in einer Dissertation von 132 Selbstmordversuchen. 5 dieser Patienten begingen innerhalb einer Zeit von 2 Jahren Selbstmord. RUEGSEGGER (1963) gibt von 132 Selbstmordversuchen 5 tödliche Recidive innerhalb von 2 Jahren an.

Autor	Jahr	Krankengut	Zahl der Suicidversuche	Zahl der tödl. Recid.	tödl. Recid. in %	Dauer der Nachuntersuchung Jahre Monate
DAHLGREN	1945	med., psych.	237	14	5,9	2 - 7 J.
STENGEL	1952	psych.	138	1	0,7	3 M. - 5 J.
HOVE	1953	med.	500	24	4,8	2 - 3 J.
RINGEL	1953	med., psych.	2879	1	-	1 - 3 J.
BATCHELOR u. NAPIER	1954	med.	200	4	2	1 - 3 J.
SCHMIDT, O'NEAL u. ROBINS	1954	psych.	109	2	2	4 - 12 M.
P.B.SCHNEIDER	1954	med., psych.	372	37 43	10 11,8	10 J. 18 J.
STENGEL u. COOK	1954	med., psych.	72	2	1,2	3 J.
ETTLINGER u. FLORDH	1955	med.	500	18	4,1	1 - 2 J.
VÖLKER	1959	med.	132	5	3,8	1 - 2 J.
RUEGSEGGER	1963	psych.	132	7	5,3	2 - 7 J.

TABELLE 1

C. BESCHREIBUNG DES UNTERSUCHTEN PATIENTENKREISES, SCHILDERUNG UNSERER UNTERSUCHUNGSMETHODE, SOWIE ALLGEMEINE ANGABEN ÜBER DEN CHARAKTER DER KLINIK

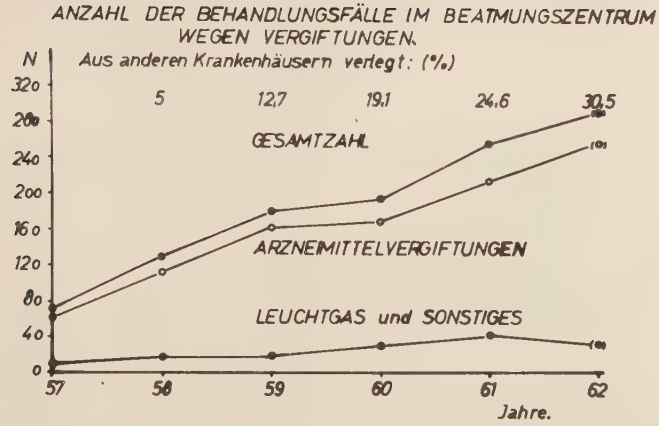
a. ANGABEN ZUR KLINIK

Bevor näher auf die Schilderung unserer Untersuchungsmethode eingegangen wird, seien noch einige Bemerkungen über die Klinik gemacht, an der diese Untersuchungen erfolgten.

Es handelt sich dabei um die I. Medizinische Klink der Freien Universität Berlin (Direktor: Prof. H. Frh. von Kress) im Städtischen Krankenhaus Westend. Sämtliche Patienten mit suicidalen Intoxikationen wurden an einer Spezialabteilung, dem Reanimationszentrum der Universitätsklinik behandelt. Die psychiatrische Untersuchung erfolgte in enger Zusammenarbeit mit der Psychiatrischen und Neurologischen Universitätsklinik (Direktor: Prof. Dr. H. Selbach).

Die I. Medizinische Klinik der Freien Universität verfügt über ca. 250 der insgesamt 940 Betten der Universitätskliniken, die einen jährlichen Durchgang von durchschnittlich 13100 Patienten in den Jahren 1957-1961 aufwiesen. Bezeichnenderweise beschränkt sich das Einzugsgebiet der Klinik nicht auf den Bezirk Charlottenburg von Berlin. In zunehmendem Masse werden Patienten mit schweren Vergiftungen aus anderen Kliniken Berlins in das Reanimationszentrum verlegt (s. die folgende Abbildung).

Bei einer Zahl von 11 Betten und einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 4 Tagen, handelt es sich um die am höchsten frequentierte Abteilung der Universitätsklinkken.



(aus G.NEUHAUS: Anglo-Germ.med.Rev.II Nr.1, 49-62 (1963))

b. ÜBERBLICK ÜBER DAS KRANKENGUT

Das für unsere Untersuchung zur Verfügung stehende Patientengut setzt sich aus allen den Patienten zusammen, die in der Zeit vom 1.1.1957 bis 31.12.1961 wegen einer suicidalen Intoxikation im Reanimationszentrum behandelt wurden.

Insgesamt handelt es sich dabei um 743 Fälle versuchten Selbstmords von denen 31 (davon 4 noch während der Aufnahme) trotz unserer Behandlung verstarben.

	überlebend	verst. trotz klinischer Behandlung	N	%
Schlafmittel-vergiftungen	634	24	658	88,6
CO-Vergiftung	74	6	80	10,7
Verätzungen	4	1	5	0,7
	712	31	743	100,0

Bemerkenswert ist an dieser Zusammenstellung der mit 88 % sehr hohe Anteil an Schlafmittelvergiftungen.

Eine Übersicht über die einzelnen verwendeten Intoxikationsmittel (abgesehen von CO und ätzenden Giften) sei hier anschliessend gegeben.

	N	%
Barbiturate	166	25,5
Nichtbarbiturate	275	41,7
unbekannte Tabl.	136	20,6
Opiate	4	0,6
Alkohol (meist in Verbindung mit Tabl.)	60	9,1
andere Stoffe	17	2,5
	658	100,0

MOESCHLIN (1956) stellte bei seinem Krankengut Barbituratvergiftungen in 54 % fest. Zuzüglich der Nichtbarbiturate dürfte diese Zahl noch höher liegen. Ohne auf die Intoxikationsmittel näher einzugehen, gibt LAUBENTHAL (1955) in 58 % seiner wegen einer Intoxikation behandelten Patienten eine Schlafmittelvergiftung an.

Nach den einzelnen Aufnahmejahren eingeteilt, ergibt sich bei den nicht tödlich verlaufenen Intoxikationen folgende Einteilung:

	1957-1961		1957		1958		1959		1960		1961	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Schlafmittel-vergiftungen	634	100	52	8,2	97	15,3	137	21,7	152	23,9	196	30,9
CO-Vergiftung (einschl. 4 Verätzungen)	78	100	11	14,1	13	16,7	16	20,5	18	23,1	20	25,6

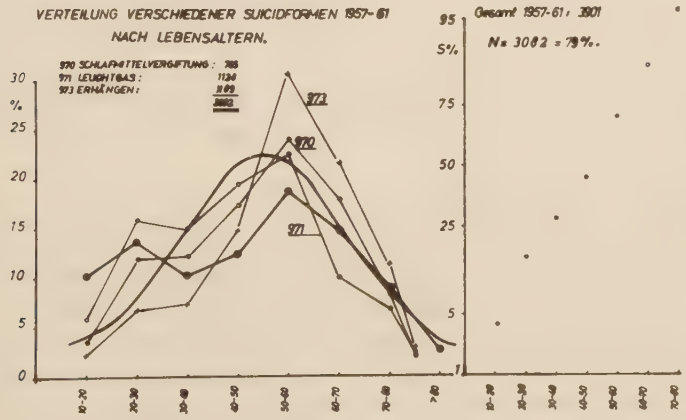
Es ist also in den Jahren 1957-1961 eine stetige Steigerung der Schlafmittelintoxikationen festzustellen, eine Tatsache, die auch von anderen Autoren (STENGEL (1952), RINGEL (1953), RINGEL und HOFF (1956), NEUHAUS (1963) u.a.) bestätigt wird.

Vergleichsweise seien diesen Zahlen die Angaben aus der Polizeistatistik Berlins gegenübergestellt.

	1957-1961		1957		1958		1959		1960		1961	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
CO-Vergiftung	1611	100	320	19,8	329	20,4	309	19,2	363	22,5	290	18,1
andere Vergiftungen	6095	100	1033	16,9	1170	19,2	1414	23,2	1288	21,2	1190	19,5
Zahl der SV insgesamt (einschl. anderer Suicidmethoden)	9841	100	1739	17,6	1950	19,8	21.58	21,9	2054	20,9	1940	19,8

Auch hier ist ein anfängliches Ansteigen der Selbstmordversuche insgesamt, wie auch eine Zunahme der nicht durch Leuchtgas verursachten Intoxikationen festzustellen. In den Jahren 1960 und 1961 ist ein geringfügiges Absinken der Zahlen erkennbar.

Die im gleichen Zeitraum erfolgten Selbstmorde sollen nach den Unterlagen des Statistischen Landesamtes von West-Berlin ebenfalls noch dargestellt werden.



(aus G.NEUHAUS: Anglo-Germ.med.Rev. Vol.II Nr.1 S.49-62 (1963))

In den Jahren 1957-1961 wurden in West-Berlin 3901 Selbstmorde verzeichnet. Hierunter nehmen die tödlichen Intoxikationen immerhin über 54 % ein. Die Altersverteilung bei diesen Suiciden entspricht hierbei dem Altersaufbau der West-Berliner Bevölkerung. Über 70 % der Patienten mit Schlafmittelvergiftungen standen dabei vor der Vollendung ihres 60.Lebensjahres.

Bei den trotz unserer Behandlung tödlich verlaufenen Fällen von Schlafmittelintoxikationen können wir nach NEUHAUS (1963) eine Mortalität von 4,2 % angeben. Es dürfte sich diese Zahl durchaus mit den Angaben anderer Autoren vergleichen lassen, wenn man bedenkt, dass hierin auch eine Zahl schwerer Intoxikationen eingeschlossen ist, die aus anderen Kliniken zu uns verlegt wurden.

Nach MOELLER (1942) konnte durch rationelle Behandlung eine Senkung der Gesamtmortalität von 25-30 % auf 2-3 % erreicht werden. RINGEL (1953) gibt eine Mortalität von 2,6 % an, MOESCHLIN (1956) spricht von 5 % und ETTLINGER und FLORDH (1955) von 3,5 %.

c. SCHILDERUNG UNSERER UNTERSUCHUNGSMETHODE

Der Zweck dieser Nachuntersuchung an den zur Aufnahme gelangten Patienten mit suicidalen Intoxikationen sollte es sein, ein möglichst umfassendes Bild von der Situation unserer Patienten nach der Entlassung aus der klinischen Behandlung zu gewinnen. Die einzige Möglichkeit diese Aufgabe zu bewältigen schien uns hierbei die zu sein, auf eine schriftliche Anfrage hin von unseren Patienten nähere Auskunft über ihr weiteres Ergehen einzuholen. Eine mündliche Befragung dieser 712 Patienten wäre aus organisatorischen Gründen undurchführbar bzw. zu einem gewissen Teil garnicht möglich gewesen, da erwartungsgemäss ein Teil inzwischen verzogen oder durch Namensänderung nicht mehr zu erreichen war.

Es wurde deshalb ein kurzes allgemeines Schreiben zusammengestellt, in dem der Patient an seinen Klinikaufenthalt erinnert wird und in dem ihm vertrauliche Behandlung seiner Angaben zugesichert wird. Eine gewisse Schwierigkeit bestand nun bei der Abfassung des Fragebogen selbst. Da wir einen möglichen wiederholten Suicidversuch nur durch umschriebene Fragestellung erfahren zu können glaubten, baten wir um Angabe, ob nach der Entlassung ärztliche Hilfe klinisch oder ambulant in Anspruch genommen worden sei. Durch entsprechende Nachfrage in einigen Kliniken Berlins bzw. bei dem behandelden Arzt konnten wir näheres in Erfahrung bringen. Des weiteren lag uns daran, berufliche Veränderungen und Änderungen des Personenstandes nach dem Suicidversuch zu erfahren. Nicht zuletzt auch sollte der Patient durch eine zu detaillierte Fragestellung nicht überfordert werden. Jedem Schreiben wurde ein frankierter Briefumschlag beigegeben und ausserdem wurden sämtliche Briefe persönlich unterschrieben. Allen erreichbaren Patienten wurde dieser Fragebogen zugeschickt.

I. Medizinische Klinik
der Freien Universität
im Städt. Krankenhaus Westend
Beatmungszentrum (Stat. 15a)

Berlin-Charlottenburg 9,
Spandauer Damm 130
Telefon: 94 01 11/App. 443

Sehr geehrter Herr .....
Sehr geehrte Frau .....
Sehr geehrtes Fräulein .....

Sie wurden vom ..... bis ..... 19.. auf der Station 15a in unserer Klinik behandelt.

Wir sind an dem Erfolg dieser Behandlung und an Ihrem weiteren Ergehen besonders interessiert. Wir bitten Sie oder Ihre Angehörigen deswegen höflichst um die Beantwortung der nachfolgenden Fragen. Es bedarf keiner besonderen Betonung, dass die Antworten streng vertraulich behandelt werden.

Falls Sie Rückfragen haben, bitten wir Sie, unter obiger Telefonnummer nachzufragen.

Mit bestem Dank und bester Empfehlung

Priv.-Doz. Dr. Neuhaus
Oberarzt der Klinik

Dr. K. Ibe
Assistentin der Klinik

.....

Name Vorname Alter Wohnort

.....
Strasse und Hausnummer

Fragebogen (Bitte, gut leserlich ausfüllen!
Zutreffendes bitte unterstreichen!)

1. Waren Sie nach der Entlassung aus der stationären Behandlung im Westendkrankenhaus
   a) in stationärer Behandlung: Nein/Ja
      Falls Ja, in welchem Krankenhaus? Und warum?
      .....
   b) in ambulanter Behandlung: Nein/Ja
   c) in psychotherapeutischer Behandlung: Nein/Ja

2. Haben Sie nach der Entlassung Ihre vorherige Tätigkeit wieder aufgenommen: Ja/Nein.
Falls Nein: Welche Tätigkeit haben Sie bzw. üben Sie jetzt (nach der stationären Entlassung) aus?

.....

.....

3. Hat sich nach der Entlassung Ihr Personenstand geändert?

Jetzt:	ledig	Ja/Nein
	verheiratet	Ja/Nein
	geschieden	Ja/Nein

4. Besondere Angaben:

Von 743 Patienten verstarben 31 an den Folgen ihrer Intoxikation trotz der klinischen Behandlung, so dass für unsere Nachuntersuchung eine Patientenzahl von 712 zur Verfügung stand. Von diesen 712 befragten Patienten erhielten wir in 248 Fällen eine Antwort.

Ausserdem führten wir innerhalb der als verzogen angegebenen Gruppe in 60 Fällen über das zentrale Einwohnermeldeamt eine Wohnungsnachfrage durch, die folgendes ergab:
in 24 Fällen erhielten wir über die neue Adresse eine Antwort,
29 Personen wurden wiederum (auch über die neue Adresse) als unbekannt angegeben,
7 Personen waren verstorben.

Als Endergebnis unserer Befragung standen uns -einschliesslich der Auskunft über verstorbene Patienten- 279 beantwortete Fragebogen zur Verfügung. Der Rest von 433 Patienten war unbekannt, verzogen oder nicht ermittelbar.

Auf die einzelnen Behandlungsjahre verteilt ergibt sich folgende Übersicht:

	1957-1961		1957		1958		1959		1960		1961	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Angeschrieben	712	100	63	8,8	110	15,7	153	21,4	170	23,8	216	30,3
Antworten	279	39,2	19	30,2	27	24,5	50	32,5	68	40,0	115	53,2
davon verstorben	30	4,2	5	7,9	3	2,7	4	2,6	12	7,0	7	3,2
unbekannt, verzogen	433	60,8	44	69,8	83	75,5	103	67,5	102	60,0	101	46,8

Bei Vergleich dieser Zahlen ergibt sich erwartungsgemäss:

1. Je länger der Krankenhausaufenthalt zurück lag, desto geringer die Zahl der Antwortenden,
2. entsprechend der zunehmenden Dauer des zurückliegenden Krankenhausaufenthaltes ein steigender Prozentsatz unbekannter oder verzogener Patienten.

Wir müssen also das Ergebnis von 279 Antworten (39,2 %) bei 712 Anfragen, von denen 433 (60,8 %) nicht beantwortet wurden, als ein immer noch gutes Resultat werten, da

1. durch den Charakter der Untersuchung bedingt, die Betroffenen anders reagieren als andere Patienten, d.h. zu einer immer vorhandenen Nachlässigkeit kommt hier noch das Moment der Scham oder des Vergessenwollens der damaligen Kurzschlusshandlung und da
2. der zeitliche Faktor, der durch den Zeitraum von der Entlassung aus der Klinik bis zum Ende der Nachuntersuchung bestimmt ist (bis zu 6 Jahren), insofern eine Rolle Spielt, als sich innerhalb dieser Zeit durch Änderungen des Wohnsitzes (insbesondere auch als Folge des 13. August 1961), Namenswechsel (Heirat u.a.) oder andere Veränderungen ein bestimmter Personenkreis nicht mehr erreichen liess.

D. BESCHREIBUNG DES UNTERSUCHTEN PATIENTENKREISES IM EINZELNEN

a. Alter

	eigene Patienten		Polizeistatistik	
	N	%	N	%
unter 14	5	0,7	69	0,7
14 - unter 18	51	7,2	871	8,9
18 - unter 30	255	35,8	3193	32,5
30 - unter 45	175	24,5	2578	26,2
45 - unter 60	154	21,6	2280	23,2
über 60	72	10,2	850	8,5
	712	100,0	9841	100,0

Die Gegenüberstellung beider Kollektive zeigt eine Übereinstimmung in allen Altersklassen.

Die Altersverteilung bei Suicidversuchen, wie sie von anderen Autoren beschrieben wird, stimmt im wesentlichen mit unseren Ergebnissen überein.

Nach DELANNOY (1927) ergibt sich bei 1470 beobachteten Fällen in Wien im Jahre 1926, eine Altersverteilung mit 14 % unter 20 Jahren, 45 % zwischen 20-30 Jahren, 21 % zwischen 30-40 Jahren und 12 % zwischen 40-50 Jahren. Nach MOORE (1937) werden die Mehrzahl der Suicidversuche in der Pubertät begangen. Unter 1147 Patienten waren 94 % zwischen 16 und 30 Jahren. DAHLGREN (1945) bemerkt von seinen 237 Patienten, dass das Alter über 60 Jahre ganz selten vertreten sei. Nach PLÜGGE (1952) -er gibt allerdings nur 50 Fälle an- wurden 50 % dieser Suicidversuche im Alter unter 30 Jahren ausgeführt. 80 % waren noch nicht 45 Jahre alt. RINGEL (1953) fand die höchsten Zahlen im 3.Jahrzehnt. SCHMIDT, O'NEAL und ROBINS (1954) geben von 109 Patienten ein Durchschnittsalter von 44,7 Jahren bei den Männern und von 34,7 Jahren bei den Frauen an. Auch ETTLINGER und FLORDH (1955) fanden unter 500 Patienten bei den Männern ein Maximum zwischen 30-39 Jahren, bei den Frauen zwischen 20-29 Jahren. MEISSNER (1955) hatte unter seinen 260 Patienten mit Intoxikationen suicidaler Art 11,8 % Männer und 16,2 % Frauen unter 20 Jahren, sowie 31,2 % Männer und 35,3 % Frauen zwischen 20-30 Jahren. Der Altersunterschied zwischen Selbstmord und Selbstmordversuch -wenige alte Menschen über 60 Jahre üben einen Suicidversuch aus- ist nach HOFF und RINGEL (1956) darauf zurückzuführen, dass Suicidversuche alter Menschen meist tödlich enden. KLINTWORTH (1960) gibt von seinen 358 Patienten als stärkste Gruppe das Alter von 19-23 Jahren an.

b. Geschlecht

	N	%
männlich	244	34,4
weiblich	468	65,6
	712	100,0

Auch hier seien unsere Zahlen mit denen der kriminalpolizeilichen Statistik verglichen:

	N	%
männlich	4072	41,6
weiblich	5769	58,4
	9841	100,0

Die Geschlechtsverteilung zeigt ein eindeutiges Überwiegen des weiblichen Geschlechtes mit 65 %. Diese Bevorzugung des weiblichen Geschlechtes wird von anderen Autoren ebenfalls bestätigt, und zwar schwanken hier die Angaben zwischen 55-78 %. DELANNOY (1927) berichtet, dass 20 % der weiblichen Fälle unter 20 Jahre alt seien, 44 % befänden sich zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr, also 64 % der weiblichen Patienten waren unter 30 Jahre. Nach MOORE (1937) sind unter 1147 Patienten 61 % Frauen zwischen 18 und 30 Jahren und 33 % der Männer ebenfalls zwischen 18 und 30 Jahren. FEUDELL (1952) gibt unter 700 Patienten 78 % Frauen an. RINGEL (1953) spricht von 59,1 % Frauen unter 745 Fällen. SCHMIDT, O'NEAL und ROBINS (1954) bestätigen ebenfalls ein Überwiegen des weiblichen Geschlechts. ETTLINGER und FLORDH (1955) haben unter ihren 500 Suicidversuchen 56 % weibliche Selbstmordversuche beobachtet. MEISSNER (1955) hatte unter seinen 260 Intoxikationen 64,2 % Frauen.

c. Personenstand

Der Familienstand unserer Patienten zum Zeitpunkt des Suicidversuches ergab innerhalb der einzelnen Gruppen folgende Einteilung:

	N	%
verheiratet	293	41,2
ledig	301	42,2
geschieden	67	9,4
verwitwet	51	7,2
	712	100,0

Inwieweit eine Gruppe des Personenstandes besonders bevorzugt ist, kann auf Grund fehlender Vergleichsmöglichkeiten nicht beurteilt werden. Denn ein Vergleich mit der Normalbevölkerung hinsichtlich Alter, Geschlecht und Personenstand schien bei der geringen Zahl unserer Fälle nicht zulässig.

HOPKINS (1937) gibt unter 656 Patienten ein Überwiegen der Geschiedenen an. SIEWERS und DAVIDOFF (1943) berichten von 150 Fällen, unter denen 9 % Geschiedene und Verwitwete waren. P.B.SCHNEIDER (1954) bestätigt ebenfalls eine Bevorzugung Geschiedener unter seinen Suicidversuchen.

d. Suicidmotive

Seit den grundlegenden Forschungen von GAUPP (1910) unterscheiden wir beim Selbstmord und dem nur graduell davon unterschiedenen Selbstmordversuch prinzipiell zwischen Ursache und Motiv. Unter dem Motiv sind hiernach jene Faktoren zu verstehen, die der Betreffende bewusst mit seiner Selbstmordhandlung in Zusammenhang bringt. Unter der Ursache ist das jenem Vorgang eigentlich zugrunde liegende psychopathologische Geschehen zu verstehen, das dem Betreffenden in der Mehrzahl der Fälle unbewusst bleibt.

Wenn auch die Faktoren, welche die verschiedene Motivation des Suicidversuches darstellen, nicht unterschätzt werden dürfen -besonders hinsichtlich einer wirkungsvollen Prophylaxe- so sollte doch die psychopathologische Verursachung der Selbstmordhandlung in den Mittelpunkt gestellt werden.

Leider steht für einen vergleichenden Überblick keine Ursachen-Statistik für Berlin zur Verfügung. Lediglich die Polizei-Statistik, geordnet nach Motiven, war zum Vergleich gegeben. Dass diese Statistik für unsere Zwecke jedoch nicht von Bedeutung ist, bedarf wohl keiner weiteren Erwähnung, da die Motivwahl wie auch die Auswertung reichlich summarisch und nach keinen fachlichen Gesichtspunkten erfolgte.

	Eigene Patienten		Polizeistatistik	
	N	%	N	%
1. wirtschaftl. Gründe	26	3,8	335	3,4
2. unheilbare Krankheiten Schwermut, Nervenleiden	111	15,5	3734	38,0
3. Liebeskummer	31	4,4	1493	15,1
4. Furcht vor Strafe und Schande	19	2,8	311	3,1
5. Familienzwistigkeiten	258	36,2	2292	23,3
6. sonstige Gründe	86	12,2	852	8,7
7. ohne Gründe	90	12,7	824	8,4
ohne Unterlagen	91	12,4	--	-
	712	100,0	9841	100,0

TABELLE 2

Nach der vorhergehenden Tabelle sind die Unterschiede klar ersichtlich: ein eindeutiges Überwiegen der Rubrik "unheilbare Krankheiten" sowie der Gruppe "Liebeskummer" über unsere Zahlen.

In der Literatur finden sich zu den Suicidmotiven folgende Angaben: DAHLGREN (1945) gibt unter seinen 237 Patienten bei heilbaren Krankheiten eine grössere

Disposition zum Suicid an als bei unheilbaren Krankheiten. Nach FEUDELL (1952) bestehen bei 700 Patienten in 68 % Liebeskummer oder Ehekonflikte, in 13 % Milieukonflikte aller Art, in 10 % Krankheiten und Schmerzen, in 9 % wirtschaftliche Not. PLÜGGE (1952) sieht ebenfalls unter seinen 50 Patienten bei körperlichen Krankheiten keine besondere Suicidneigung. Auch STENGEL (1952) gibt als derartiges Motiv lediglich 9 % bei 138 Fällen an. SCHMIDT, O'NEAL und ROBINS (1954) führen unter 109 Patienten als Motive an erster Stelle Eheprobleme, danach Berufsschwierigkeiten und Liebeskummer an. Bei ETTLINGER und FLORDH (1955) stehen unter 500 Fällen Liebes- und Eheprobleme ebenfalls an erster Stelle. LAUBENTHAL (1955) gibt bei 250 Patienten Ehemotive und sexuelle Schwierigkeiten mit 49,2 %, sowie Berufsschwierigkeiten mit 11,2 % an.

Eine Einteilung nach den Ursachen des Suicidversuches, wie sie in der psychiatrischen Diagnose erfolgte, unterschied im wesentlichen in die zwei grossen Gruppen Psychosen und nichtpsychotische Reaktionen. Eine Übersicht über die Suicidursachen nach diesen Gesichtspunkten sei in einem späteren Kapitel gegeben.

e. Vorhergehende Selbstmordversuche

Anamnestisch konnte zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Klinik ein vorausgegangener Suicidversuch in 35 Fällen festgestellt werden. Es waren darunter 20 Frauen und 15 Männer. Bei der Gesamtzahl von 712 Patienten sind dies 4,9 %.

BATCHELOR und NAPIER (1954) berichten von vorhergehenden Selbstmordversuchen bei 200 Patienten in 17 %. P.B.SCHNEIDER (1954) stellte vorhergehende Suicidversuche bei 30-40 % der Männer und 30 % der Frauen unter seinen 372 Fällen fest. STENGEL und COOK (1954) geben 13 % bei 72 Patienten an. ETTLINGER und FLORDH (1955) geben unter 500 Fällen 19 % an. SAINSBURY (1955) berichtet von 9 % vorhergehender Suicidversuche. Nach KLINTWORTH (1960) ging in 79,6 % der 319 Fälle kein Suicidversuch voran. In 11 % konnte ein vorhergehender, in 3,1 % zwei vorherige Suicidversuche festgestellt werden. 6,2 % verübten vorher mehr als zwei Selbstmordversuche.

f. Soziale Anamnese

Eine Beurteilung der sozialen Verhältnisse unserer Patienten gestaltete sich schwierig, da eine unmittelbare Befragung -dem Charakter der Untersuchung entsprechend- nicht in Frage kam. Auch liessen sich von der Fürsorgerin des Krankenhauses keine nähreren Einzelheiten in Erfahrung bringen.

Aus unserem Krankengut sind folgende Patienten unter diesem Abschnitt zu erwähnen:
16 Fälle, von denen sich 11 im Alter unter 20 Jahren (8 weibliche, 3 männliche) befanden, waren auf Grund schlechter sozialer Umweltverhältnisse sämtlich der Jugendfürsorge bekannt. 5 Fälle im Alter von über 20 Jahren (3 weibliche, 2 männliche) wurden ebenfalls fürsorgerisch betreut. Hierunter befand sich 1 zum Zeitpunkt des Suicidversuches arbeitsloser Mann.
Arbeitslosigkeit konnten wir lediglich in 5 weiteren Fällen feststellen.

Selbstmordversuche auf dem Boden eines "broken home", worunter etwa "zerbrochene, häusliche Verhältnisse" zu verstehen sind, konnten unter dem Motiv Familienzwistigkeiten in 36,2 % unserer Fälle ermittelt werden. Zuzüglich der in der Anamnese unserer jungen Patienten besonders erwähnten schwierigen Familienverhältnisse -die Eltern leben getrennt, der Vater ist Trinker- welche in 3,3 % festgestellt werden konnten, ergibt sich unter 712 Fällen in 39,5 % ein "broken home". Nach BATCHELOR (1954) lag bei 42 Patienten, die -der psychopathischen Gruppe zugeordnet- einen Selbstmordversuch unternahmen, in 31 Fällen ein "broken home" vor, in 14,3 % dieser 42 Patienten wurde vorher in der Familie ein Suicidversuch ausgeübt. STENGEL (1963) berichtet von 223 Patienten, von denen 60, die in die depressive Gruppe eingeordnet waren, einen Suicidversuch ausübten oder androhten. 46 dieser 60 Patienten wiesen anamnestisch ein "broken home" in der Jugend auf. Unter den restlichen 163 nicht depressiven Patienten, liessen nur 32 ein "broken home" in der Vorgeschichte erkennen. STENGEL betont in der gleichen Arbeit, dass diese Patienten auf Grund der schwierigen häuslichen Verhältnisse nicht in der Lage gewesen seien, sich den späteren Lebensverhältnissen anzupassen.

Desweiteren konnten unter unseren Suicidversuchen 4 "puellae publicae" im Alter von 19-32 Jahren festgestellt werden. Eine war Trinkerin und vorbestraft, 2 andere stammten aus schlechtem, der Fürsorge bekanntem, Milieu.

Ohne Wohnsitz waren 11 Männer im Alter von 35-51 Jahren.

Als Flüchtlinge aus der SBZ kamen 6 Patienten, davon 4 unter 29 Jahren. 3 von ihnen hatten bereits vorher einen Suicidversuch unternommen. Die Annahme, dass die Flucht und die dadurch erschwerten Lebensumstände sich disponierend auf einen Suicidversuch auswirken könnten, kann nicht bestätigt werden.

Auch seien hier 22 Patienten erwähnt, die -in der Bundesrepublik wohnhaft- einen Suicidversuch in Berlin unternahmen. Es handelte sich hierbei um geplante Suicidversuche.

Zusammenfassend können wir sagen, dass nach unseren Ergebnissen das soziale Moment des Suicidversuches (9 %) keine bemerkenswerte Rolle spielt. Dies

wird auch durch die Erfahrungen von PLÜGGE (1952) bestätigt. FEUDELL (1952) betont dies nach den Unterlagen seiner Motivstatistik -er gibt 9 % an- ebenfalls.

g. Alkohol bei Suicidversuchen

Gerade der Alkoholismus, wie er sich uns in 22 Fällen bot, ist immer in Zusammenhang mit einer Verschlechterung der sozialen Verhältnisse zu sehen. Wenn wir die Gruppe der Alkoholiker trotzdem nicht unter dem sozialen Aspekt betrachten, so deshalb, weil insbesondere auch akuter Alkoholmissbrauch im Zusammenhang mit dem Suicidversuch eine besondere Rolle spielt, wie es in der Literatur besonders von BATCHELOR (1954) betont wird.
Von unseren 22 chronischen Alkoholikern waren es zur Hälfte Frauen und Männer im Alter von 20-65 Jahren.

In Zusammenhang mit einer Tablettenintoxikation wurde in 47 Fällen akuter Alkoholabusus festgestellt. Hierbei handelte es sich darum, dass die Suicidanten -wie es auch vielfach in den Anamnesen angegeben wird- "sich lediglich Mut antrinken wollten", bevor sie den eigentlichen suicidalen Akt unternahmen.

Nach MOORE (1937) sollen gerade diese unter akutem Alkoholeinfluss ausgeübten Suicidversuche weniger erfolgreich verlaufen. Auch nach RINGEL (1953) steht unter 745 Fällen in 1/4 davon der Suicidversuch in Zusammenhang mit akutem Alkoholkonsum, in weiteren 7,7 % konnte RINGEL die zerstörende Wirkung des Alkoholismus auf die Ehe nachweisen. BATCHELOR (1954) spricht von 19,5 % seiner 200 Patienten, die während des Suicidversuches unter Alkoholeinfluss standen. Nach LAUBENTHAL (1955) wurden 20 % aller suicidalen Intoxikationen unter Alkohol ausgeführt. ETTLINGER und FLORDH (1955) geben Suicidversuche bei Alkohol und Süchtigkeit in 24 % der 500 Fälle an.

h. Art des Suicidversuches

In Ergänzung zu unserem bereits gegebenen Überblick, der den ganz überwiegenden Anteil der Tablettenvergiftung am Suicidversuch mit 88 % sowie der CO-Vergiftungen mit 11 % zeigte, seien im einzelnen noch 2 Suicidversuche durch Wassersprung, eine Strangulation und 2 Pulsaderschnitte angegeben. 5 suicidale Verätzungen wurden ebenfalls erwähnt. Zu beachten ist, dass die Art der Suicidversuche in unseren Fällen keinen representativen Durchschnitt bietet. Solche Patienten, die einen Selbstmord durch Erhängen, Ertränken, Sturz aus der Höhe versuchten, kamen natürlich nicht in das Reanimationszentrum der Universitätsklinik zur Behandlung.

i. Gesundheitlicher Zustand der Patienten

Bei der Beurteilung des gesundheitlichen Zustandes unserer Patienten zur Zeit der Aufnahme in die Klinik, ist zu unterscheiden zwischen dem aktuellen, durch die Intoxikation gegebenen Zustand und einem bereits vorher vorhandenen Leiden.

Ein Überblick über die Bewusstseinslage der Patienten während der Krankenhausaufnahme zeigt folgende Übersicht:

Reaktionslage	behandelte Patienten		davon verstorben trotz klinischer Behandlung
	N	%	
ansprechbar	383	53,8	3
somnolent	91	12,7	-
bewusstlos	214	30,0	10
reaktionslos	19	2,8	14
unbekannt	5	0,7	-
	712	100,0	27

Wenn überhaupt der Zustand der Patienten in Parallele gesetzt werden kann zu der Ernsthaftigkeit des Suicidversuches, so könnte man -entsprechend der Letalität in der Gruppe der Bewusstlosen und Reaktionslosen- tatsächlich von "ernsten" Suicidversuchen sprechen. ETTLINGER und FLORDH (1955) geben bei Bewusstlosigkeit, die in 26,8 % der 500 Fälle vorlag, eine Letalität von 3,7 % an.

Auf der anderen Seite besteht natürlich auch ein Zusammenhang zwischen Dauer der Behandlung und dem Zustand des Patienten zur Zeit der Aufnahme in die Klinik.

Reaktionslage	Aufenthalt in der Klinik				Behandlung extracorp. Dialyse	künstliche Dauerbeatmung
	unter 1 Woche		über 1 Woche			
	N	%	N	%		
ansprechbar	301	42,2	83	11,7	-	-
somnolent	61	8,6	30	4,2	-	-
bewusstlos	93	13,0	125	17,6	10	33
reaktionslos	3	0,4	16	2,3	-	14
	458	64,2	254	35,8	10	47

42 % der Patienten die ansprechbar waren, wurden unter 1 Woche behandelt. Es wurde auch keinerlei spezifische Therapie -von Magenspülungen und Infusionen abgesehen- angewandt. Die nicht mehr ansprechbaren Patienten, 20 %, wurden über 1 Woche behandelt. 47 künstliche Dauerbeatmungen und 10 extracorporale Dialysen wurden bei diesen Patienten durchgeführt. Eine 14 jährige Patientin mit einer sehr schweren Doridenintoxikation, sowie ein 22 jähriger junger Mann mit ebenfalls sehr schwerer Schlafmittelintoxikation wurden jeweils 2 mal einer extracorporalen Dialyse unterzogen. Eine 27 jährige Frau wurde 3 mal dialysiert.

Die Dauer des Klinikaufenthaltes betrug bei unseren, im Reanimationszentrum der Universitätsklinik behandelten Patienten im Durchschnitt 4,2 Tage, wobei schwere Intoxikationen, die uns von anderen Kliniken überwiesen wurden, mit eingerechnet sind.

Im Gegensatz dazu gibt KLINTWORTH (1960) generell eine Aufenthaltsdauer von 2,5 Tagen an. Da er jedoch nichts über die Schwere der Vergiftung sagt, ist anzunehmen, dass es sich durchwegs um leichtere Intoxikationen handelte.

Die trotz unserer Behandlung tödlich verlaufenen Fälle beliefen sich auf 27, von denen (bis auf 3 Patienten) alle bewusstlos oder reaktionslos eingeliefert wurden.

Der gesundheitliche Zustand der Patienten, wie er durch eine bereits zum Zeitpunkt der Intoxikation bestehende Krankheit charakterisiert ist, sei in folgendem Überblick wiedergegeben.

Periphere neurologische Erkrankungen		
Multiple Sklerose	1	
Zustand nach Polio und Diphtherie	1	
Diabet. Polyneuritis	1	
Trigeminusneuralgie	1	
		4
Zentrale neurologische Erkrankungen		
Cerebralsklerose	6	
Verdacht auf hirnorganische Prozesse	4	
Commotio	2	
Hirntrauma	3	
Verdacht auf Hirnatrophie	2	
Lues cerebri	1	
Encephalomalazie	2	
		20

Atmung			
	TBC	7	
	Asthma bronchiale	5	
	Emphysem	4	
	Bronchiektasen	1	
	Lungenzyste	1	
			18
Herz und Kreislauf			
	Herzinsuffizienz	2	
	Hypertonie	7	
	Hypotonie	2	
	Vitien	4	
	Perikardzyste	1	
			16
Magen-Darmtrakt			
	Magencarcinom	1	
	Pankreasinsuffizienz	2	
	Cholangitis	2	
			5
Stoffwechselkrankheiten			
	Endogene Fettsucht	1	
	pluriglanduläre Insuffizienz	1	
	Diabetes	6	
	Hyperthyreose	2	
			10
Chirurgie			
	Frakturen	3	
			3
Orthopädie			
	Arthrosis deformans	1	
	Amputationen	5	
	Osteochondrose	5	
			11
Gynäkologie			
	Gravidität	17	
			17

Infektionskrankheiten		
Lues (ältere Stadien)	13	
		13
Erkrankungen von Hals, Nase und Ohr		
Otosklerose	1	
Otitiden	3	
		4
		121

Andererseits kam es -als Folge der Intoxikation- noch während des Klinikaufenthaltes bei 60 Patienten zu weiteren Komplikationen:

Atmung		
Pneumonie	26	
Lungenödem	3	
Trachealstenose	2	
		31
Herz und Kreislauf		
Herzinsuffizienz	2	
Hypotonie	2	
Thrombophlebitis	6	
		10
Magen-Darmtrakt		
Gastritis	8	
gastrointestinale Störungen	3	
Ösophagusstriktur	1	
		12
Chirurgie		
Phlegmone	2	
		2
Erkrankungen von Hals, Nase und Ohr		
Sinusitis	5	
		5
		60

Bei Auswertung der Anamnesen ergab sich in 155 Fällen die Intoxikation als Erstererkrankung, in 557 Fällen war die Vergiftung als Zweit- oder Mehrerkrankung angegeben worden.

Eine Verlegung in andere Fachabteilungen zur Weiterbehandlung war nur

in 60 Fällen notwendig, 52 Patienten wurden auf die beiden medizinischen Universitätskliniken verlegt, 5 Fälle auf die Hals-, Nasen-, Ohrenklinik der Universität und 3 Fälle auf die chirurgische Universitätsklinik.

Grundsätzlich wurde bei allen Fällen von Selbstmordversuch -mit Ausnahme des Bilanzselbstmordversuches- eine psychiatrische Diagnose gestellt. Wenn diese allerdings nur in 446 von 712 Fällen gestellt werden konnte, so liegt das darin begründet, dass bei der Kürze des Klinikaufenthaltes eine psychiatrische Diagnose aus zeitlichen Gründen nicht mehr zu stellen war. Im einzelnen ergab sich folgendes:

1. Abnorme Erlebnisreaktionen (depressive Reaktion, Primitiv- und Trotzreaktion)	277
2. Psychopathien	44
3. Medikamentensucht	9
4. Alkoholismus	20
5. Psychosen	
a. Schizophrenie und Psychosen des Rückbildungsalters mit schizophrenieähnlicher Symptomatik	29
b. Endogene Depressionen (einschliesslich depressiver Phase bei manisch-depressiven Psychosen) und depressive Psychosen im Rückbildungsalter	49
6. Genuine Epilepsie	3
7. Psychoorganische Syndrome (Cerebralsklerose, Hirntrauma-Folgen, Co-Restzustände etc.)	18
8. Schwachsinn	9
	446

Von den am Reanimationszentrum behandelten Patienten wurden 73 Fälle (10,2 %) in eine psychiatrische Klinik verlegt: 49 Patienten in die Psychiatrische und Neurologische Klinik der Universität, 21 Patienten in die Karl-Bonhoeffer-Heilstätten, sowie 3 Fälle in eine andere psychiatrische Klinik.

BATCHELOR und NAPIER (1954), sowie HOPKINS (1937), die auch von allgemeinen Krankenhäusern berichten, geben 27,5 % von 200 Fällen und 10,7 % von 656 Fällen an, die in eine psychiatrische Klinik überwiesen wurden.

Eine Alters- und Geschlechtsverteilung dieser Patientengruppe zeigt folgende Tabelle:

Alter-	Geschl.	abnorme Erlebnis-reaktion	Psycho-pathie	Medik. Sucht	Alkohol	Psychos.	gen. Epilep.	psycho. org. Syndrom	Schwach-sinn	zusammen
	m.	11	4			1				16
10-19	w.	56	7							63
	m.	25	4		1	4		1	3	38
20-29	w.	57	7	1	2	6	1		2	76
	m.	21	2	1	3	2		2		31
30-39	w.	32	4	1	1	6	1		1	46
	m.	6	3		7			3		19
40-49	w.	32	3	1	1	19		1	2	59
	m.	7	4			2				13
50-59	w.	14	4	3	3	15	1	4	1	45
	m.	5			2	2		1		10
60-69	w.	7	2			9		3		21
	m.	3								3
70-79	w.	1				2		3		6
		277	44	7	20	68	3	18	9	446

TABELLE 3

Im einzelnen ist aus dieser Tabelle folgendes ersichtlich:

a. Bei den 446 Patienten, die psychiatrisch näher beurteilt wurden, ergab sich ein deutliches Überwiegen von 316 weiblichen Patienten über 130 Patienten männlichen Geschlechtes.

b. Die abnorme Erlebnisreaktion, die mit 277 Fällen die grösste Gruppe darstellte, liess ein Überwiegen ebenfalls des weiblichen Geschlechtes erkennen, welches vor allem das Alter von 10-29 Jahren bevorzugte.

c. Eine Psychopathie, in 44 Fällen diagnostiziert, betraf beide Geschlechter gleichmässig.

d. Medikamentensucht (Alkaloide und Hypnotica zu gleichen Teilen) konnte in 7 Fällen festgestellt werden.

e. Alkoholismus -in 20 Fällen- trat überwiegend bei Männern auf.

f. In 68 Fällen wurde eine Psychose diagnostiziert. Hierunter konnte eine Schizophrenie oder eine Psychose des Rückbildungsalters mit schizoider Symptomatik bei 19 Patienten festgestellt werden. Endogene Depressionen und depressive Psychosen im Rückbildungsalter ergaben sich bei 49 Patienten. Unter Bevorzugung des weiblichen Geschlechtes war vorwiegend das Alter von 40-59 Jahren betroffen.

g. Eine genuine Epilepsie wurde bei 3 weiblichen Patienten im Alter von 20-50 Jahren festgestellt.

h. Die cerebralsklerotischen Zustandsbilder ergaben den grössten Anteil (mit

12 Fällen) innerhalb der Gruppe der psychoorganischen Syndrome.

i. Schwachsinn, in 9 Fällen diagnostiziert, liess keine bemerkenswerte Alters- und Geschlechtsverteilung erkennen.

Bei 68 Patienten konnte eine Psychose diagnostiziert werden. Das entspricht 9,5 % unserer 712 Patienten.

Andere Autoren geben unterschiedliche Zahlen an. FEUDELL (1952) spricht von 10 % bei 700 Suicidversuchen. RINGEL (1953) gibt 4 % an. ETTLINGER und FLORDH (1955) konnten unter 500 Patienten eine Psychose in 16,5 % feststellen, LAUBENTHAL (1955) unter 250 Fällen in 18 %. Nach K. SCHNEIDER (1937) lag das Verhältnis psychotischer zu nichtpsychotischen Patienten wie 1 zu 8.

Von anderen Autoren wird die besondere Suicidneigung der Psychopathen betont. So von HENDERSON (1937). DAHLGREN (1945) gibt 12 % der 237 Suicidanten als Psychopathen an. Auch JASPERSEN (1927) spricht von einem hohen Anteil der Psychopathen beim Selbstmordversuch. Die Hälfte von ihnen befänden sich im Alter von 15-25 Jahren. Reaktive Depressionen berichtet er von 145 Patienten nur in 8 Fällen.

Im einzelnen sind es bei RINGEL (1953) die endogenen Depressionen die 14 % seiner 700 Suicidversuche ausmachten, die er jedoch bei gelungenem Suicidversuch mit 25 % ansetzt. Die Schizophrenie stehe hier etwas zurück. Besonders das Anfangsstadium der paranoiden Form sei gefährdet, während die Suicidtendenz später nachliesse. Ein Suicidversuch bei genuiner Epilepsie wurde nach RINGEL in der geringen Zahl der Fälle nur im Dämmerzustand beobachtet.

Der Selbstmord bzw. der Selbstmordversuch innerhalb des Formenkreises der Schizophrenie wurde vor allem von JANTZ (1951) näher untersucht. Von 1000 Patienten begingen 138 einen Suicidversuch. G. SCHMIDT (1938) hatte unter 700 Fällen die einen Suicidversuch ausübten 95 schizophrene Patienten. OPPLER (1928) stellte unter 330 Patienten 49 Fälle von Schizophrenie fest. GAUPP (1905) diagnostizierte 11 schizophrene Patienten unter 123 Selbstmordversuchen.

Übereinstimmend wird von allen Autoren die grössere Suicidneigung bei der paranoiden Verlaufsform, besonders zu Beginn dieser Psychose betont. Die Jugendlichen, besonders das männliche Geschlecht, seien dabei bevorzugt. Nach G. SCHMIDT (1938) kam es unter 95 Patienten bei 11 Frauen und 6 Männern zu einer Selbsttötung durch Stimmenbefehl.

E. ERGEBNISSE DER NACHUNTERSUCHUNG

Über 279 von 712 Patienten, die innerhalb des Zeitraumes von Januar 1957 bis Dezember 1961 am Reanimationszentrum der Universitätsklinik Berlin behandelt worden waren, konnten wir an Hand der beantworteten Fragebogen -von denen 2 telefonisch beantwortet wurden- näheres über ihr Ergehen seit der Entlassung aus der Klinik erfahren. In diese Zahl eingeschlossen sind 30 Patienten, die innerhalb der Nachuntersuchungsperiode verstorben waren und deren Todesursache festzustellen war.

Eine Tabelle soll noch einmal eine Übersicht geben und ausserdem die zeitlichen Verhältnisse darstellen.

712 Patienten					279 Patienten		
		712 Patienten	Psych. 73 Med. 52 HNO 5 Chir. 3		Psych. 9 Med. 48 Psychoth. 21	Psych. 18 Med. 29 wiederh. SV 3	30
		in klinischer Behandlung des Reanimationszentrum	Verlegung in andere Fachabteilungen		ambulante Nachbehandlung	erneute klinische Nachbehandlung	verstorben
Zeitraum vor dem Suicidversuch	Suicidversuch	Zeitraum der Gesamtbehandlung		Entlassung aus der Klinik	Zeitraum der Nachuntersuchung		

a. TOXISCHE RESTSCHÄDEN

Die Frage nach eventuellen, durch die Intoxikationsmittel hervorgerufenen Restschäden, können wir nur an Hand einiger Fälle beantworten.

Von den 6 katamnestisch erfassten Patienten, die einer extrakorporalen Dialyse unterzogen wurden, waren sämtliche nachträglich ohne Beschwerden. Es waren dies:

1. G.R., eine 64-jährige Frau mit gleichzeitig bestehendem Diabetes, die einer schweren Phanodormintoxikation wegen dialysiert wurde.

2. I.S., ein 14-jähriges Mädchen, wurde wegen einer schweren Doridenintoxikation 2 mal dialysiert. Nach Auskunft der Eltern hat sie keine Beschwerden mehr.

3. I.G., eine 54-jährige Frau, wurde wegen schwerer Luminalvergiftung dialysiert. Sie gibt keine Beschwerden an.

4. M.H., 20 J., männl., wurde wegen einer Doridenintoxikation dialysiert. Der Patient hatte zur Zeit der Katamnese keine Beschwerden.

5. J.H. ein 21-jähriges Mädchen, wurde wegen einer schweren Luminalvergiftung einer extrakorporalen Dialyse unterzogen. Sie klagt über keine Beschwerden zur Zeit der Katamnese.

6. K.K., 21.J., männl., wurde nach einer Vergiftung mit 60 Tabeletten Doriden dialysiert. Er gibt keine Beschwerden an und ist seit damals glücklich verheiratet.

In 2 weiteren Fällen konnte ein sicherer toxischer Leberschaden (nach 2 Doridenintoxikationen mit 50 sowie mit 60 Tabletten) festgestellt werden, der stationäre Behandlung zu einem späteren Zeitpunkt erforderlich machte.

In der überwiegenden Zahl der Fälle kam es zu EKG-Veränderungen, die jedoch klinisch ohne Bedeutung waren.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass mit einer unmittelbar durch die Intoxikation hervorgerufenen gesundheitlichen Schädigung nur in einem ganz kleinen Prozentsatz zu rechnen ist.

b. AMBULANTE BEHANDLUNG IM ZEITRAUM DER NACHUNTERSUCHUNG

Insgesamt 48 Patienten (17,3 %), darunter 15 Männer und 33 Frauen gaben zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung eine ambulante medizinische Behandlung an. Bei der Hälfte dieser Patienten dürfte diese Behandlung Fortsetzung der bereits nach der Entlassung aus der Klinik angesetzten ambulanten Behandlung gewesen sein.

Aus psychiatrischer Indikation heraus wurden 2 männl. und 7 weibl. Patienten auch innerhalb des Zeitraums der Nachuntersuchung ambulant weiterbehandelt. Darunter befanden sich 5 Fälle von Schizophrenie, 2 Fälle einer endo-

genen Depression, 1 Fall von genuiner Epilepsie, sowie ein Zustand nach CO-Vergiftung, insgesamt 3,2 %.

Eine psychotherapeutische Nachbehandlung -zu der wir einigen Patienten bei der Entlassung aus der Klinik geraten hatten- wurde von 21 Patienten (7,6 %) (19 Frauen und 2 Männern) in Anspruch genommen.

c. ERNEUTE KLINISCHE NACHBEHANDLUNG IM ZEITRAUM DER NACHUNTERSUCHUNG

50 Patienten (18 % unserer 279 katamnestisch erfassten Fälle), 41 Frauen und 9 Männer wurden erneut klinisch behandelt.

Hierunter waren 29 Fälle (10 %), 23 Frauen und 6 Männer, die aus verschiedenen Gründen stationär behandelt wurden, bei denen jedoch keine psychiatrische Indikation oder eine suicidale Intoxikation Ursache für die erneute klinische Aufnahme waren.

Die aus psychiatrischer Indikation heraus behandelten 18 Patienten (6,5 %) seien hier im einzelnen angegeben.

1. T.N., 33 jährige Frau, Selbstmordversuch (SV) Februar 1958. Anschliessend Einweisung in die psych. Klinik.
   Damalige Diagnose: Schizophrenie
   Juli 1960 (Intervall: 2 Jahre) erneute Klinikbehandlung, darnach ambulante psych. Behandlung.
   Jetzige Diagnose: Schizophrenie

2. J.W., 22 jährige Frau, SV 16.1.59, Entlassung aus der Klinik 14.2.59.
   Damalige Diagnose: abnorme Erlebnisreaktion
   August 1962 (Intervall: ca. 3 Jahre) erneute stat. Behandlung
   Jetzige Diagnose: reaktive Depression bei schwierigen häuslichen Verhältnissen.

3. H.L., 17 jähriges Mädchen, SV März 1959, direkte Verlegung in die psych. Klinik.
   Damalige Diagnose: depressive Reaktion bei schlechtem sozialem Milieu.
   Dezember 1959 (Intervall: ca. 1 Jahr) erneute Klinikeinweisung. Pat. wird anschliessend in einem Jugendheim untergebracht.
   Jetzige Diagnose: wie oben.

4. R.M., 25 jährige Frau, SV Juli 1959, anschliessend Verlegung in die psych. Klinik.
   Damalige Diagnose: Psychopathie

Juni 1960 (Intervall: 1 Jahr) erneute stationäre Behandlung
Jetzige Diagnose: Psychopathie

5. R.B., 41 jährige Frau, SV Dezember 1959, anschliessend Verlegung in die psych. Klinik.
Damalige Diagnose: paranoid-halluzinatorische Psychose.
Dezember 1960 (Intervall: 1 Jahr) erneute Klinikeinweisung, sowie Januar 1962 (Intervall: 2 Jahre)
Jetzige Diagnose: wie oben.

6. M.P., 47 jährige Frau, SV Oktober 1961, anschliessend Verlegung in die psych. Klinik.
Damalige Diagnose: reaktive Depression bei schwierigen häuslichen Verhältnissen.
Dezember 1962 (Intervall: 1 Jahr) wiederum stat. Aufnahme.
Jetzige Diagnose: reaktive Depression auf endogener Grundlage.

7. I.S., ein 25 jähriges Mädchen, SV September 1959, anschliessend Verlegung in die psychiatrische Klinik.
Damalige Diagnose: abnorme seelische Entwicklung
Juli 1961 (Intervall: 1 1/2 Jahre) erneute Aufnahme in die psych. Klinik.
Jetzige Diagnose: abnorme seelische Entwicklung, jedoch kein Anhalt für eine Psychose.

8. H.S., ein 35 jähriger Patient, SV Januar 1960, Entlassung nach Hause Ende Januar 1960.
Damalige Diagnose: wurde nicht eingeholt.
Zur Zeit der Katamnese, August 1962 (Intervall: 2 Jahre) befindet sich der Patient in stat. Behandlung.
Jetzige Diagnose: Verdacht auf Schizophrenie

9. M.G., 51 jährige Frau, SV August 1958, anschliessend Verlegung in die psychiatrische Klinik.
Damalige Diagnose: paranoide Psychose
Juni-Juli 1959 (Intervall: 1 Jahr) erneute klinische Behandlung im Landeskrankenhaus Göttingen.
Jetzige Diagnose: wie oben.

10. G.B., 44 jähriger Mann, SV August 1960, anschliessend Verlegung in die psych. Klinik.
Damalige Diagnose: Schizophrenie
Februar-Juni 1962 (Intervall: 2 Jahre) erneute Klinikbehandlung
Jetzige Diagnose: wie oben.

11. A.B., 25 jährige Frau, SV Dezember 1959, anschliessend Verlegung in die psych. Klinik.
Damalige Diagnose: Schizophrenie
Zur Zeit der Katamnese August 1962 (Intervall: 2 1/2 Jahre), befindet sich die Patientin wiederum in stat. psych. Behandlung.
Jetzige Diagnose: wie oben

12. E.W., 44 jährige Frau, SV Juni 1961, anschliessend Verlegung in die psych. Klinik.
Damalige Diagnose: depressive Reaktion auf endogener Grundlage
April 1962 (Intervall: 1 Jahr) erneuter Klinikaufenthalt.
Jetzige Diagnose: depressive Psychose im Rückbildungsalter

13. U.G., 51-jährige Frau, SV Mai 1961, anschliessend Verlegung in die psychiatrische Klinik.
Damalige Diagnose: depressive Psychose des Rückbildungsalters.
Juni 1962 (Intervall: 1 Jahr) erneute stationäre Behandlung.
Jetzige Diagnose: wie oben

14. J.K., 39 jährige Frau, SV 2. März 1961, Behandlung bis 21.3.61
Damalige Diagnose: chronische Neurose mit überwiegend vegetativer Symptomatik.
Dezember 1961/Januar 1962 (Intervall: 1 Jahr) erneute psych. Behandlung.
Jetzige Diagnose: Psychopathie

15. E.K., 55 jährige Frau, SV Oktober 1961, anschliessend Verlegung in die psych. Klinik.
Damalige Diagnose: Endogene Depression.
März 1962 (Intervall: 1/2 Jahr) erneute Klinikbehandlung.
Jetzige Diagnose: wie oben.

16. G.K., 56 jährige Frau, SV Oktober 1961, entlassen aus der Klinik Anfang Januar 1962.
Damalige Diagnose: Alkoholismus.
August 1962 (Intervall: 1/2 Jahr), zur Zeit der Katamnese, befindet sich die Patientin in Anstaltsbehandlung.
Jetzige Diagnose: wie oben.

17. E.T., 42 jährige Frau, SV Januar 1962, anschliessend verlegt in die psych. Klinik.
Damalige Diagnose: depressives Zustandsbild mit psychopathischen Zügen.
Juni/Juli 1962 (Intervall: 1/2 Jahr) erneuter Klinikaufenthalt.
Jetzige Diagnose: Psychopathie, kein Anhalt für Psychose.

18. M.Z., 24 jähriges Mädchen, SV Juni 1961, anschliessend Verlegung in die psych. Klinik.
Damalige Diagnose: abnorme Persönlichkeit
Zur Zeit der Katamnese, August 1962 (Intervall: 1 Jahr), befindet sich die Patientin in Anstaltsbehandlung.
Jetzige Diagnose: wie oben.

In 18 Fällen, das entspricht 6,4 %, konnte also wiederholter Klinikaufenthalt nachgewiesen werden, bei dem jedoch nicht ein akutes Intoxikationsbild, sondern ein psychiatrisch-neurologisches Leiden im Vordergrund stand.

Ein Suicidversuch als unmittelbare Veranlassung für wiederholte stationäre Behandlung war unter unseren Patienten lediglich in 3 Fällen feststellbar:

1. Z.B., eine 35 jährige Frau, die einer suicidalen Intoxikation wegen vom 12.7.-14.7.1960 am Reanimationszentrum behandelt wurde, beging laut Katamnese am 3.11.1960 einen erneuten Suicidversuch. Es war stationäre Behandlung bis 5.11.60 erforderlich.

2. W.H., ein 26 jähriger Patient, der vom 8.12.1960-2.1.1961 im Reanimationszentrum der Universitätsklinik wegen eines SV behandelt wurde, beging infolge grösster persönlicher Schwierigkeiten -wegen homosexueller Neigungen- einen erneuten SV. Er wurde in einer Klinik von Mitte August - Anfang September 1961 erneut stationär behandelt. Es wurde ihm ambulante psychiatrische Behandlung angeraten.

3. I.S., eine 25 jährige Patientin, die September 1959 mit einer sehr schweren Phanodormintoxikation im Reanimationszentrum behandelt wurde und anschliessend in die psychiatrische Universitätsklinik verlegt worden war, verübte im Juli 1960 einen neuen SV, der jedoch nur stationäre psychiatrische Behandlung erforderlich machte. Die psychiatrische Diagnose lautete: abnorme seelische Entwicklung.

Es konnte also lediglich in 3 Fällen ein wiederholter Suicidversuch sicher festgestellt werden. Es handelte sich dabei um junge Patienten, von denen 2 eindeutig abnorme psychische Verhaltensweisen aufwiesen.

Eine sicher bestehende Dunkelziffer auch bei wiederholtem Selbstmordversuch ist immer in Rechnung zu setzen. Exakte Vergleichszahlen stehen uns hierfür verständlicherweise nicht zur Verfügung.

d. BERUFLICHE VERÄNDERUNGEN NACH DEM SUICIDVERSUCH

Berufliche Veränderungen wurden in 67 Fällen, das entspricht 24,1 % unserer Patienten, angegeben. Hierunter waren 47 Frauen und 20 Männer.

Da vergleichendes statistisches Material über Berufsveränderungen nicht zur Verfügung stand, lässt sich nicht sagen, ob bei unseren Patienten eine -durch den Suicidversuch bedingte- Berufsveränderung in besonderem Masse vorlag.

Auch in der Literatur fanden sich keine vergleichbaren Angaben.

e. VERÄNDERUNGEN DES WOHNSITZES NACH DEM SUICIDVERSUCH

An Hand der Auskunft des zentralen Einwohnermeldeamtes, sowie auch durch die Angaben der Post war es möglich einen ungefähren Überblick über Wohnungsveränderungen unserer Patienten zu gewinnen.

Wie schon eingangs erwähnt, wurden uns 433 Patienten als unbekannt oder verzogen angegeben. Diese 60,8 % schieden für unsere Nachuntersuchung von vornherein aus.

Einige Gründe erklären diese hohe Zahl von 433 Personen die nicht zu erreichen waren.

Dies ist einmal grundsätzlich durch die Art des Patientengutes bestimmt.

Zum anderen brachten die Ereignisse des 13. August eine erhebliche Bevölkerungsverschiebung mit sich.

Von den restlichen 279 Patienten gaben 81 einen Wohnungswechsel während der Katamnese an. Hierunter befanden sich 59 Frauen und 22 Männer, entsprechend insgesamt 29,1 %. 16 Personen hiervon waren in die Bundesrepublik verzogen. 8 Personen konnten auch durch das Einwohnermeldeamt nicht ermittelt werden.

In der Literatur gibt nur BATCHELOR (1954) bei einer Nachuntersuchung von 42 Fällen bei 14 Personen eine Wohnsitzveränderung an.

f. VERÄNDERUNGEN DES PERSONENSTANDES NACH DEM SUICIDVERSUCH

Veränderungen des Personenstandes erfolgten in 44 Fällen bei 36 Frauen und 8 Männern, zusammen in 15,8 %.

vor dem Suicidversuch	nach dem Suicidversuch	weiblich	männlich	zusammen
verh.	gesch.	7	5	12
verh.	verw.	5	1	6
gesch.	verh.	2	-	2
led.	verh.	22	2	24
		36	8	44

Diese Zahlen zeigen ein Überwiegen des weiblichen Geschlechtes, sowie ein deutliches Überwiegen der Personenstandsveränderung ledig → verheiratet. Dieser letzte Punkt zeigt mit 22 weiblichen Personen, die nach dem damaligen Suicidversuch heirateten, eine erfreuliche Entwicklung. Bestätigt wird dies durch die entsprechenden persönlichen Antworten unserer Patienten, bei denen der Selbstmordversuch Beginn eines neuen positiven Lebensabschnittes wurde (Siehe Fall 9,21-23 der katamnestischen Darstellungen S: 43 f).

Leider fehlen zum Vergleich dieser Ergebnisse Angaben aus der Literatur. In besonderem Masse betont jedoch STENGEL (1961, 1963) die Möglichkeit einer positiven Entwicklung nach dem Suicidversuch, wenn er von diesem als einer "appeal-function" spricht. Er sagt weiter, dass diese -für das Individuum günstige- Wendung in der Regel von diesem nicht geplant sei. Wir können dies an Hand unseres -wenn auch sehr kleinen- Materials bestätigen.

g. TODESFÄLLE IM ZEITRAUM DER NACHUNTERSUCHUNG

Die Nachforschung der uns als verstorben angegebenen Patienten wurde so sorgfältig wie möglich durchgeführt. Sämtliche Totenscheine wurden persönlich durchgesehen. In 2 Fällen wurden die Akten der Staatsanwaltschaft eingesehen, sowie Auskunft von Behörden ausserhalb Berlins eingeholt.

Während in einzelnen Fällen die Todesursache durch die Angehörigen bereits mitgeteilt wurde, war es auch auf Grund der Totenscheine in einigen Fällen nur möglich eine vermutliche Todesursache zu erfahren. Ein etwaiger suicidaler Tod konnte jedoch durch Rückfragen bei der Kriminalpolizei ausgeschlossen werden.

Im einzelnen seien sämtliche Personen angegeben, die uns als verstorben gemeldet waren. Insgesamt sind dies 30 Patienten (10,8 %), davon 9 Männer und 21 Frauen.

1. N i c h t suicidale Todesfälle

An einem bestehenden Grundleiden bzw. an einem akuten nicht von dritter Seite verschuldeten Ereignis verstarben folgende Patienten:

1) F.F., 66 J., männl., entlassen 18.12.57, verstorben 1.4.58
Diagnose: Larynx-ca. Intervall: 1/4 J.

2) B.E., 46 J., weibl., entlassen 17.1.58, verstorben 10.11.59
Diagnose: Herz- und Kreislaufversagen bei Chorea Huntington mit depressiven Zügen Intervall: ca. 1 J.

3) H.S., 60 J., weibl., entlassen 28.8.57, verstorben 17.6.59
Diagnose: Darm-ca. Intervall: ca. 2 J.

4) H.S., 64 J., weibl., entlassen 24.2.58, verstorben 11.1.60
Diagnose: Herz- und Kreislaufversagen bei Pneumonie Intervall: ca. 2 J.

5) E.S., 55 J., weibl., entlassen 4.2.58, verstorben 18.2.60
Diagnose: Porphyrie Intervall: 2 J.

6) C.M., 28 J., weibl., entlassen 14.8.58, verstorben 12.7.60
Diagnose: Herz- und Kreislaufversagen bei Uterusruptur Intervall: ca. 2 J.

7) H.H., 28 J., weibl., entlassen 9.10.59, verstorben 1.6.61
Diagnose: Todesursache unbekannt, jedoch nicht suicidal Intervall: ca. 1 1/2 J.

8) I.F., 65 J., weibl., entlassen 21.12.59, verstorben 12.4.61
Diagnose: Lungentumor Intervall: 1 1/4 J.

9) R.S., 30 J., männl., entlassen 20.9.60, verstorben 7.8.61
Diagnose: vermutlich Alkoholvergiftung (lt. Sektionsprotokoll) Intervall: 1 J.

10) W.F., 63 J., männl., entlassen 20.1.60, verstorben 22.10.61
Diagnose: offene Lungen-Tbc Intervall: 1 3/4 J.

11) E.S., 71 J., weibl., entlassen 23.11.60, verstorben 25.2.62
Diagnose: Herz- und Kreislaufversagen Intervall: ca. 1 J.

12) H.R., 33 J., männl., entlassen 6.12.60, verstorben 27.4.61
Diagnose: Todesursache unbekannt, jedoch nicht suicidal — Intervall: ca. 1 J.

13) S.P., 20 J., weibl., entlassen 15.6.60, verstorben 21.8.60
Diagnose: Lungenembolie — Intervall: 2 Monate

14) M.B., 69 J., weibl., entlassen 8.9.60, verstorben 13.6.62
Diagnose: Porphyrie — Intervall: 1 3/4 J.

15) A.K., 67 J., weibl., entlassen 6.12.61, verstorben 7.6.62
Diagnose: Herzinfarkt — Intervall: ca. 1/2 J.

16) P.S., 69 J., weibl., entlassen 23.1.61, verstorben 15.6.62
Diagnose: Herz- und Kreislaufversagen bei Bronchopneumonie — Intervall: 1 1/2 J.

17) H.B., 83 J., weibl., entlassen 13.3.61, verstorben 15.5.61
Diagnose: Herz- und Kreislaufversagen bei Pneumonie — Intervall: 2 Monate

An einer nicht suicidalen Todesursache verstarben also während des Zeitraums der Nachuntersuchung 17 Patienten, das entspricht 6,1 % unserer erfassten Fälle. Das Durchschnittsalter betrug ca. 55 Jahre.

Nach HOVE (1953) verstarben innerhalb einer Beobachtungszeit von 2-3 Jahren 1 % eines nicht suicidalen Todes. Nach BATCHELOR und NAPIER (1954) waren es von 200 Fällen 8,5 %, die eines nicht suicidalen Todes starben. ETTLINGER und FLORDH (1955) geben aus einer Beobachtungszeit von 2 Jahren 1 % nicht suicidaler Todesfälle unter ihren 500 Suicidversuchen an.

2. Suicidale Todesfälle

Auch bei diesen Patienten wurden in allen Fällen die Totenscheine eingesehen oder die Angaben der Verwandten ausgewertet. Bei einigen Personen konnte allerdings die Methode des Suicids nicht festgestellt werden.

Bei 13 Patienten, die bereits wegen eines Suicidversuches zuvor an der Universitätsklinik behandelt worden waren, war ein weiterer, diesmal tödlicher Selbstmordversuch die Todesursache.

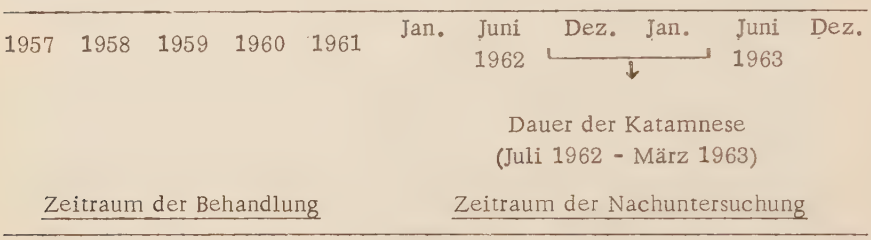
Folgende Zusammenstellung soll einen Überblick geben:

Name	Alter	Geschl.	Entlassung	tödlicher Suicidversuch	Intervall	Art des Suicidversuchs	vormalige Suicidversuche	psychiatrische Diagnose
1. H.L.	53 J.	männl.	13. 6.57	29.8.61	ca. 4 J.	CO	-	-
2. O.K.	39 J.	weibl.	28. 9.59	7.5.61	ca. 13/4 J.	Tabl.	1	psychoorganisches Syndrom
3. H.B.	79 J.	weibl.	23. 5.59	1.8.62	ca. 3 J.	Tabl.	2	-
4. F.W.	59 J.	männl.	13. 2.61	3.8.61	ca. 1/2 J.	Tabl.	1	-
5. W.R.	55 J.	männl.	9. 5.60	1.4.62	ca. 2 J.	Tabl.	1	-
6. H.W.	39 J.	weibl.	12. 9.60	13.5.61	ca. 3/4 J.	unbekannt	1	Kurzschlussreaktion bei Konfliktsituation
7. E.S.	63 J.	weibl.	10.11.60	2.5.61	ca. 1/2 J.	unbekannt	1	Involutionsdepression bei abnormer Persönlichkeit
8. W.K.	57 J.	männl.	11. 7.61	27.7.61	ca. 3 Wochen	CO	-	depressive Reaktion, familiär bedingt
9. W.K.	24 J.	weibl.	26. 3.60	12.7.60	ca. 1/4 J.	unbekannt	-	-
10. B.M.	35 J.	männl.	3. 7.61	6.7.61	3 Tage	Tabl. und Alkohol	-	Alkoholismus
11. J.B.	25 J.	männl.	2. 2.61	17.8.61	ca. 1/2 J.	unbekannt	1	genuine Epilepsie
12. R.E.	35 J.	weibl.	18. 5.61	1.8.61	ca. 2 Monate	Tabl.	1	Psychopathie
13. H.S.	54 J.	weibl.	15. 8.57	12.5.60	ca. 21/2 J.	Tabl.	1	depressive Psychose im Rückbildungsalter

TABELLE 4

In 13 Fällen, entsprechend 4,6 % unserer nachuntersuchten Patienten, konnte ein tödliches Suicidrecidiv festgestellt werden.

Da unsere Patienten ein bis maximal sechs Jahre nach dem damaligen Suicidversuch nachuntersucht wurden, wie es die unten angegebene Skizze verdeutlicht, lag unserer Untersuchung kein einheitlicher Zeitraum für alle Personen zugrunde. Wenn sich auch für eine Nachuntersuchung dieser Art niemals ein einheitlicher Zeitraum festlegen lässt, so dürfte eine Befragung des gleichen Patientenkreises nach weiteren sechs Jahren sicherlich einen Anstieg der jetzigen Recidivquote ergeben.



Im einzelnen betrachtet zeigt sich bei diesen Fällen gleiche Verteilung auf beide Geschlechter. Das Durchschnittsalter liegt bei 45 Jahren, also erheblich über dem Alter bei Suicidversuchen.

Der Zeitraum, innerhalb dessen der Suicid ausgeübt wurde, lag zwischen 2 Wochen und 4 Jahren, ein Zeitraum, der auch von DAHLGREN (1945) angegeben wird. STENGEL (1952) gibt eine Zeitspanne von 3 Monaten bis zu 5 Jahren an.

Die Suicidmethode konnte in 4 Fällen nicht geklärt werden. In 7 Fällen war es eine Tablettenvergiftung, in 2 Fällen eine CO-Vergiftung.
Ein vorhergehender Suicidversuch wurde bei 8 Patienten festgestellt, darunter 5 Frauen und 3 Männer.
Ein psychiatrisches Grundleiden lag in 6 Fällen vor: 2 Fälle von Involutionsdepressionen, je ein Fall von Alkoholismus, genuiner Epilepsie und Psychopathie, sowie ein psychoorganisches Syndrom.

Bereits eingangs wurde ein ausführlicher Überblick über die Nachuntersuchungs-Ergebnisse der einzelnen Autoren gegeben. Die tödliche Recidivquote bei Suicidversuchen lag diesen Autoren zufolge im Bereich von 1-12 %.

Unser Ergebnis von 4,6 % lässt sich also durchaus mit diesen Resultaten vergleichen.
Es bestätigt ausserdem die Tatsache, dass Wiederholungen von Selbstmordversuchen bei weitem nicht so häufig sind, wie man früher zu glauben geneigt war.

Zum anderen bekräftigt dieses Ergebnis das Bemühen des Arztes gerade auch diesem Patientenkreis optimale therapeutische Bemühungen zukommen zu lassen.

h. EINZELDARSTELLUNGEN VERSCHIEDENER KATAMNESTISCH ERFASSTER PATIENTEN

1. E.B., 24 J., weibl., unverh., wegen einer Tabl.vergiftung mit 60 Tabl. Persedon und Adalin vom 26.11.-6.12.1956 erstmalig stationär behandelt. Eine Psychose konnte in stat. psych. Behandlung ausgeschlossen werden.
   Psychiatr. Beurteilung: abnorme Erlebnisreaktion.
   Vom 15.6.57-10.7.57 wegen eines 2. Suicidversuches (SV) mit 70 unbekannten Tabl. erneut behandelt. Als Motiv wird Einsamkeit angegeben, die Schwester kümmere sich nicht mehr um sie.
   Katamnese: Pat. ist inzwischen verheiratet. Sie ist seitdem immer gesund gewesen und übt einen neuen Beruf aus. Jedoch werden als Restschaden der Intoxikation erhebliche Vergesslichkeit und nachts auftretende Krampfanfälle angegeben.

2. H.M., 22 J., weibl., ledig, nach Angabe der Mutter sei die Pat. immer schwer erziehbar gewesen. Trinkt und raucht. Am 6.6.57 nimmt sie in suicidaler Absicht 50 Tabl. Persedon. Als Motiv gibt sie Unverstandensein durch die Familie an. Ihre Mutter ist in 3.Ehe verheiratet. 3 Kinder aus 1.Ehe, 1 Sohn aus 2.Ehe, 1 Sohn aus jetziger Ehe.
   Psychiatrische Beurteilung: Psychopathie, kein Anhalt für Psychose.
   Katamnese: Pat. ist seitdem immer gesund gewesen. Sie übt jetzt einen neuen Beruf aus. Wegen weiter bestehender Schwierigkeiten fragt sie nach einer Konsultation an.

3. E.B.-S., 47 J., weibl., verh., ist vom 17.5.-2.6.57 wegen einer suicidalen CO-Vergiftung in stat. Behandlung gewesen. Als Motiv wird Untreue des Ehemannes angegeben.
   Psychiatrische Beurteilung: abnorme Erlebnisreaktion.
   Katamnese: Seitdem ist die Pat. nicht mehr in ärztlicher Behandlung gewesen. Sie hat einen neuen Beruf angenommen und lebt mit Mann und Tochter wieder sehr glücklich zusammen.

4. E.P., 56 J., männl., gesch., wegen suicidaler CO-vergiftung vom 14.2.-16.2.57 in stat. Behandlung. Als Motiv werden wirtschaftliche Schwierigkeinten angegeben.

Psychiatrische Beurteilung: abnorme Erlebnisreaktion.
Katamnese: Pat. ist seitdem immer gesund gewesen. Er nahm seine alte Arbeit wieder auf.

5. E.J., 32 J., weibl., in 3.Ehe verheiratet. 1.Ehe dauerte 1/2 Jahr. 2.Ehe dauerte 2 Jahre, da Ehemann schwer lungenkrank war, jetzt Scheidung. SV am 19.11.59 mit 80 Tabl. Doriden. Bewusstlosigkeit $72\,1/2^{h}$. Intubation 42^{h}, Beatmung 36^{h}. Klin. Behandlung bis 10.12.59.
Psychiatrische Beurteilung: fragliche, leicht debile Persönlichkeit, amb. psychiatr. Behandlung angeraten.
Katamnese: In ärztlicher Behandlung wegen Gelbsucht (von April - Mai 1960) die als Spätschaden der Intoxikation aufzufassen ist. Ende 1960 Geburt eines gesunden Kindes. Ausserdem schreibt die Pat. (zit.): "Leider frage ich mich oft, ob es nicht doch besser gewesen wäre ich wäre nicht wieder aufgewacht."

6. G.P., 46 J., weibl., verh., Ehemann Potator mit erheblichen Schulden. Aus Verzweiflung darüber am 15.8.59 SV mit 50 Tabl. Doriden.
Psychiatrische Beurteilung: Typische Versagenssituation bei schwierigen häuslichen Verhältnissen, weiterbestehende Suicidgefährdung.
Katamnese: Pat. ist seit Juni 1961 erneut in klin. Behandlung gewesen unter der Diagnose einer rektiven Depression auf endogener Grundlage. Es bestand damals gleichzeitig erheblicher Nikotinabusus bei Nahrungsverweigerung.

7. U.L., 38 J., gesch., Arbeiterin. Pat. heiratete mit 18 J. einen 10 Jahre älteren Mann, dessen 2.Frau sie wurde. Später Scheidung, darnach Zusammenleben mit ehem. Jugendfreund. Bereits vorhergehender SV. Wegen weiterer Häufung der Konfliktsituation SV am 20.5.59 mit 20 Tabl. Doriden und 10 Tabl. Persedon.
Psychiatrische Beurteilung: Depressive Reaktion bei familiärer Konfliktsituation.
Katamnese: Wegen eines paralyt. Ileus und gleichzeitiger chron. Hepatitis (Spätschaden der Intoxikation) Juni 1962 in stat. Behandlung. Keine Veränderungen des Personenstandes. Pat. hat ihren Beruf beibehalten.

8. E.B., 34 J., verh., nach Streit mit Ehemann suicidale CO-Inhalation. Stat. Behandlung vom 2.2.-4.2.59
Psychiatrische Beurteilung: nicht eingeholt.
Katamnese: Pat. befand sich wegen eines Bandscheibenschadens in amb. Behandlung. Sonst ist sie nicht mehr in klinischer Behandlung gewesen. Von Beruf weiterhin Hausfrau. Seit der letzten Zeit lebt sie jedoch von ihrem Ehemann getrennt.

9. E.R., 20 J., led., Schneiderin, verübte am 10.1.59 einen SV mit 10 Schlaftabl. und CO. Ein Suicidmotiv konnte sie nicht angeben. Entlassen am 12.1.59

Psychiatrische Beurteilung: nicht eingeholt
Katamnese: (zit.): "Ich bin seit dem 10.11.61 glücklich verheiratet. Ich lebe mit meinem Mann in Untermiete bis wir eine Wohnung bekommen. Ich gehe immer noch meiner vorherigen Tätigkeit nach, da wir noch keine Kinder haben. Ich danke ihnen recht herzlich für Ihr nettes Interesse an meinem Ergehen."

10. J.M., 32 J., led., Dolmetscherin, verübt am 10.6.58 einen SV mit CO. Am 16.6.58 wird sie wieder aus stat. Behandlung entlassen.
Psychiatrische Beurteilung: Abnorme Erlebnisreaktion, z.Zt. kein Anhalt für Psychose.
Katamnese: Pat. ist seitdem nicht mehr in ärztl. Behandlung gewesen. Sie hat ihre alte Tätigkeit wieder aufgenommen, auch der Personenstand blieb unverändert.

11. H.N., 52 J., verh., Hausfrau, SV mit CO am 16.4.58 bei schwierigen ehelichen Verhältnissen (Ehemann sei zwangshaft anankastisch). Pat. glaubt diese Konfliktsituation nur durch gewaltsame Trennung bessern zu können. Im Anschluss an den SV erfolgt stat. psychiatr. Behandlung.
Psychiatrische Beurteilung: Psychoorganisches Syndrom nach CO-Vergiftung.
Katamnese: Nach der Entlassung aus der Klinik erfolgt weitere amb. Behandlung durch den Hausarzt. Der Personenstand blieb unverändert.

12. H.L., 32 J., verh., Hausfrau. Seit 1955 mit jüngerem Mann verheiratet. Seit 1959 getrennt lebend. SV am 1.6.60 mit Comital.
Psychiatrische Beurteilung: Depressive Reaktion, psychiatrische Behandlung weiterhin empfohlen.
Katamnese: Pat. sei seitdem angeblich nur in amb. Behandlung wegen Magenbeschwerden gewesen. Sie nahm neuen Beruf als Lokalgehilfin an. Die Ehe wurde geschieden.

13. K.S., 19 J., led., Bürogehilfin. Nach Auseinandersetzung mit der Mutter -um diese zu ärgern- Einnahme von 40 Schlaftabl. in suicidaler Absicht am 30.11.61. Wegen befürchteter Atemkomplikationen von einem anderen Krankenhaus eingewiesen. Bei der Aufnahme tiefe Bewusstlosigkeit. Rectale Temperatur unter 36 Grad durch Abkühlung.
Psychiatrische Beurteilung: abnorme Erlebnisreaktion, ambulante Erziehungsberatung empfohlen.
Katamnese: Pat. war seitdem nicht mehr in ärztl. Behandlung. Wiederaufnahme der vorherigen Tätigkeit. Personenstand unverändert.

14. D.S., 37 J., verh., Eltern gesch., eigene Ehe nach 6 Jahren geschieden, 2.Ehe seit 1952. Ehemann gibt Wesensveränderung seiner Frau an. Er veranlasst ihre Einweisung in stat. psychiatr. Behandlung. Daraufhin SV der Ehefrau am 12.5.59
Psychiatrische Beurteilung: kein Anhalt für echte paranoide oder halluzinatorische Symptome.
Katamnese: Pat. seitdem nur in amb. psychotherapeutischer Behandlung. Sie hat ihre frühere Tätigkeit als Röntgenassistentin wieder aufgenommen, auch der Personenstand blieb unverändert.

15. H.R., 20 J., led., männl., 2.SV mit 20 Nocturetten am 15.6.61, bis zum 25.6.61 in klinischer Behandlung. Als Motiv wird Kummer über den Diebstahl des eigenen Mopeds angegeben. Rat. reagiert äusserst empfindsam auf Vorwürfe.
Psychiatrische Beurteilung: Depressive Reaktion bei asthenischer Persönlichkeit mit stark narzistischer Kränkbarkeit.
Katamnese: Von Okt.-Nov.1961 ist Patient einer traumatischen Epilepsie wegen in stat. Behandlung gewesen. Darnach noch ambulante Behandlung. Pat. ist ledig.

16. E.W., 78 J., weibl., Pat. nimmt wegen unerträglicher Schmerzen bei schwerer Arthrosis deformans 40 Tabl. Phanodorm in suicidaler Absicht. Bewusstlosigkeit für 30^{h}. Klin. Behandlung vom 16.7. - 13.8.59
Psychiatrische Beurteilung: nicht eingeholt.
Katamnese: Seitdem nur noch in ambulanter Behandlung wegen des Grundleidens. Pat. lebt jetzt in einem Hospital.

17. E.Z., 18 J., weibl., led., 1958/59 in psychiatr. Behandlung wegen Erziehungsschwierigkeiten, vorher stat. Aufenthalt in der Psychiatr. Universitätsklinik. Am 26.6.61, während sie das Kind ihrer Schwester hüten soll, öffnet sie den Gashahn um das Kind zu töten. Dabei zieht sie sich selbst eine leichte CO-Vergiftung zu. Pat. wird anschliessend in die psychiatr. Klinik verlegt.
Psychiatrische Beurteilung: Depressive Reaktion bei dysthymer, im ganzen retardierter Persönlichkeit mit erheblicher neurotischer Komponente. Verdacht auf endokrine Störung.
Katamnese: Bei einem 2.Versuch tötete sie das Kind ihrer Schwester. Darnach Zwangseinweisung in die Karl Bonhoeffer-Heilstätten, anschliessend inhaftiert im Jugendgefängnis Plötzensee.

18. C.B., 15 jähriges Mädchen, aus Ärger über den Freund CO-Vergiftung, vom 14. - 18.5.61 in stat. Behandlung.
Psychiatrische Beurteilung: affektlabile, cyklothyme Person mit neurotischen Zügen in der Entwicklungsphase.

Katamnese: Seitdem niemals mehr in ärztlicher Behandlung gewesen. Pat. nahm Beruf als Verkäuferin wieder auf.

19. K.S., 22 J., led., Krankenhausgehilfin, vom 9.4. - 12.4.61 wegen einer suicidalen CO-Vergiftung in stat. Behandlung. Suicidmotiv: Auseinandersetzung mit dem Bekannten.
Psychiatrische Beurteilung: nicht eingeholt.
Katamnese: Keine Veränderungen des Personenstandes und des Berufes. Seitdem immer gesund gewesen.

20. H.G., 37 J., weibl., verh., SV am 8.7.60 mit 60 Tabl. Noctal. Als Motiv werden ausweglose häusliche Verhältnisse und Schwierigkeiten angegeben.
Psychiatrische Beurteilung: typische Versagenssituation bei schwierigen häuslichen Verhältnissen.
Katamnese: Pat. ist seitdem immer gesund gewesen. z.Zt. der Katamnese hat sie Scheidung beantragt.

21. E.G., 22 J., weibl., SV am 13.7.61 mit 20 Tabletten Noludar. Entlassung aus der Klinik am 9.8.61
Psychiatrische Beurteilung: depressive Reaktion
Katamnese: (zit.): "Ich danke Ihnen für Ihre Nachfrage und kann Ihnen mitteilen, dass ich inzwischen verheiratet und einen kleinen Jungen bekommen habe."

22. M.O., 19 J., ledig, SV am 6.5.61, Entlassung aus der Klinik am 9.5.61
Psychiatrische Beurteilung: nicht eingeholt.
Katamnese: (zit.): "Unsere Tochter ist jetzt ein gesunder, zufriedener, glücklicher Mensch; sie wird wahrscheinlich auch noch in diesem Jahr heiraten den Mann den sie sich ausgesucht hat."

23. G.K., 19 J., led., SV am 7.1.61, Entlassung aus der Klinik am 11.1.61.
Psychiatrische Beurteilung: depressive Reaktion
Katamnese: (zit.): "Diese Angaben mache ich für meine Tochter, die seit dem 21. März 61 sehr glücklich mit einem Amerikaner verheiratet ist und Ende Oktober ein Baby erwartet."

G. ZUSAMMENFASSUNG

1. 712 Patienten, die wegen einer suicidalen Intoxikation in den Jahren 1957 bis 1961 klinisch behandelt wurden, werden hinsichtlich Alter, Geschlecht und Personenstand näher beschrieben. Die sozialen Verhältnisse der Patienten sowie der gesundheitliche Zustand von der Aufnahme bis zur Entlassung aus der Klinik wird dargestellt.

2. Alle 712 Patienten werden auf schriftlichem Wege mit Hilfe eines Fragebogens nach ihrem Ergehen seit der Entlassung aus der Klinik befragt.

3. Die in 279 Fällen (39,2 %) erhaltenen Antworten werden nach medizinischen und sozialen Gesichtspunkten ausgewertet.

4. 78 Patienten (28 %) befanden sich zum Zeitpunkt der Katamnese in ambulanter Behandlung. Erneute klinische Aufnahme war in 50 Fällen (18 %) notwendig.

5. Berufliche Veränderungen nach dem Suicidversuch konnten in 67 Fällen (24,1 %) nachgewiesen werden, Änderungen des Wohnsitzes erfolgten bei 81 Patienten (29,1 %), Änderungen des Personenstandes in 44 Fällen (14,9 %).

6. Insgesamt konnten unter 279 Patienten 30 Todesfälle (10,7 %) festgestellt werden. 17 (6,1 %) davon hatten eine nicht suicidale Todesursache.

7. Bei 13 Patienten, 4,6 % der Fälle, kam es zu einem tödlichen Suicidrecidiv.

8. In verschiedenen Einzeldarstellungen wird das Schicksal einiger Patienten zum Zeitpunkt der Katamnese geschildert.

G. LITERATURVERZEICHNIS

BATCHELOR, I.R.C.:
Alkoholism and attempted suicide.
J.med.Sci.100, 451-461 (1954)

-
Psychopathic States and attempted Suicide.
Brit.med.J.t.I: 1343-1347 (1954)

BATCHELOR, I.R.C. and NAPIER, B.M.:
Attempted Suicide in old Age.
Brit.med.J., t.I, 1386-1391 (1953)

-
The Sequeleae and Short-Term Prognosis of attempted Suicide. The Results of a one-year Follow-Up Study of 220 cases.
J.Neurol.Neurosurg.Psychiat.17. 261-266 (1954)

DE BOOR, W.:
Neuere Arbeiten über Psychologie und Psychotherapie des Selbstmords und der Selbstbeschädigungen.
Fortschr.Neurol.Psychiat.17, 483-503 (1949)

DAHLGREN, K.G.:
On Suicide and attempted Suicide.
Lund: Universitets Bokhandel (1945)

DONALIES, G.:
Statistische Erhebungen an 3000 Fällen von vollendetem und versuchtem Selbstmord.
Mschr.Psychiat.Neurol.69, 380-396 (1928)

DURKHEIM, E.:
Le suicide. Etude de sociologie.
Paris: F.Alcan 1897

EAST, W.N.:
On attempted Suicide. A Psychiatric and Statistical Study.
J.ment.Sci.59, 428-478 (1913)

ETTLINGER R.W., and FLORDH, P.:
Attempted Suicide. Experience of 500 Cases at a General Hospital.
Acta psychiat.Scand.Suppl.103, Copenhagen 1955

FEUDELL, P.: Epikrise zu 700 Selbstmordversuchen.
Psychiat.Neurol.med.Psychol.Lpz.4, 147-153 (1952)

GAUPP, R.: Über den Selbstmord.
München 1910

GRUHLE, H.: Selbstmord.
Leipzig: G.Thieme 1940

HENDIN, H.: Attempted Suicide. A Psychiatric and Statistical Study.
Psychiat.Quart.24, 39-46 (1950)

HOFF, H. und RINGEL, E.:
Der Selbstmordversuch, seine Behandlung und Prophylaxe.
Wien, Z.Nervenheilk.12, 286-317 (1956)

HOPKINS, F.: Attempted Suicide. An Investigation.
J.ment.Sci.83, 71-94 (1937)

HOVE, H.: Das Schicksal geretteter Selbstmordpatienten.
Ugeskr.Laeg., 645-646 (1953)

JANTZ, H.: Schizophrenie und Selbstmord.
Nervenarzt 22, 126-133 (1951)

JASPERSEN, K.: Suicidversuche.
Arch.Psychiat.Nervenkr.80, 86-90 (1927)

KLINTWORTH, G.K.:
Suicide and attempted Suicide.
S.Afr.med.J.34, 358-364 (1960)

LAUBENTHAL, F.: Formen, Bedingungen und Prophylaxe des Schlafmittelmissbrauches.
Dtsch.med.J.6, 316-317 (1955)

LENDRUM, F.C.: 1000 Cases of attempted Suicide.
Amer.J.Psychiat.13, 479-500 (1933)

MEISSNER, F.: Die Behandlung akuter Vergiftungen.
Dtsch.med.J.6, 313-316 (1955)

MENNINGER, K.A.:
"Man against himself".
Amer.J.Psychiat.96, 1485-1486 (1939-1940)

MOESCHLIN, S.: Klinik und Therapie der Vergiftungen.
Stuttgart: G.Thieme 1956

MOORE, M.: Alkoholism and attempted Suicide.
New Engl.J.med.219, 291-303 (1937)

NAGEL, W.: Ursachen der Schlafmittelvergiftung.
Dtsch.med.J.6, 303-309 (1935)

NEUHAUS, G.: Wiederbelebung nach suicidalen Intoxikationen.
Anglo-Germ.med.Rev.Vol.II Nr.1, S.49-62 (1963)

OPPLER, W.: Die Zunahme der Selbstmordversuche und ihre Gründe.
Arch.Psychiat.Nervenkr.82, 95-109 (1928)

PALMER, D.M.: Factors in Suicidal Attempts. A Review of 25 Consecutive Cases.
J.nerv.ment.Dis.93. 421-441 (1941)

PLÜGGE, H.: Über suicidale Kranke.
Psyche (Heidelberg) 5, 433-450 (1951-1952)

RINGEL, E.: Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften Entwicklung. Eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern.
Wiener Beiträge z. Neurol.u.Psychiat.III, Wien-Düsseldorf: W.Maudrich 1953

RÜEGSEGGER, P.: Selbstmordversuche.
Psychiat.et Neurol. (Basel) 146, 81-104 (1963)

SAINSBURY, P.: Suicide in London.
Maudsley Monographs 1.
London: Chapman and Hall 1955

SCHMIDT, E.H., O'NEAL, P. and ROBINS, E.:
Evaluation of Suicide Attempts as Guide to Therapie. Clinical and Follow-Up Study of 109 Patients.
J.Amer.med.Ass.155, 549-557 (1954)

SCHMIDT, G.: Erfahrungen an 700 Selbstmordversuchen.
Nervenarzt 11, 353-358 (1938)

SCHNEIDER, K.: Suicidversuche.
Dtsch.med.Wschr.59, 1389-1391 (1933)

SCHNEIDER, P.B.: La Tentative de Suicide.
Neuchatêl: Delachaux et Niestle 1954

SIEWERS, A.B. and DAVIDOFF, E.:
Attempted Suicide: a Survey of 150 Patients admitted to two General Hospitals.
J.nerv.ment.Dis.95, 427-445 (1942)

STENGEL, E.: Enquiries into attempted Suicide.
Proc.roy.Soc.med.45, 613-620 (1952)

- The Social Effects on attempted Suicide.
Canad.med.Ass.J.74, 112-115 (1956)

- Untersuchungen über den Selbstmordversuch und seine Beziehungen zum Selbstmord.
Psychohygienische Vorlesungen S.208-216
Basel-Stuttgart: B.Schwabe 1958

- Selbstmord und Selbstmordversuch.
Psychiatrie der Gegenwart Bd.III S.51-74
Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1950

- Recent Research into the Suicide Problem.
Anglo-Germ.med.Rev.Vol.II Nr.1 S.10-16 (1963)

STENGEL, E. and COOK, N.G.:
Attempted Suicide.
J.Forensic.Med.1, 252 (1954)

TEICHER, J.D.: A Study in Attempted Suicide.
J.nerv.ment.Dis.105, 283-298 (1947)

VÖLKER, M.: Untersuchungen an 146 Selbstmordversuchen und Selbstmorden.
Med.Diss.Berlin 1959

Herrn Professor Dr. G. Neuhaus möchte ich für die Überlassung des Themas sowie für die jederzeit gewährte Unterstützung herzlich danken.

LEBENSLAUF

Am 4. Oktober 1936 wurde ich als erster Sohn des Hauptmanns an der Kriegsakademie Walter Reissinger und seiner Ehefrau Margot geb. Frey in Berlin geboren.

Die Zeit meiner Jugend verlebte ich in Potsdam und Gelnhausen (Hessen). Von 1948-1957 besuchte ich das Humanistische Gymnasium in Oettingen/Bayern und in Weilheim/Oberbayern, wo ich 1957 das Abitur bestand.

Im Winter 1957 begann ich das Studium der Medizin an der Universität München. 1959 bestand ich dort die naturwissenschaftliche Vorprüfung und 1960 die ärztliche Vorprüfung. Im SS 1960 setzte ich mein Studium an der Universität Hamburg fort. Seit dem WS 1960/61 studierte ich an der Freien Universität Berlin und bestand dort im September 1963 das medizinische Staatsexamen.

Von Februar bis Mai 1964 war ich als Medizinalassistent an der chirurgischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses Berlin tätig. Von August bis November 1964 arbeitete ich an der gynäkologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Berlin-Spandau.

Zur Zeit bin ich als Medizinalassistent an der Inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Oberföhring beschäftigt.